



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**CONTRIBUTOS DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA
HUMANIZAÇÃO DOS
CUIDADOS PRESTADOS AO DOENTE ESQUIZOFRÉNICO**

Irlandina Giselle de Oliveira da Graça, nº 2373

Mindelo, 17 de Novembro 2014

Contributos das Intervenções de Enfermagem para Humanização dos Cuidados Prestados ao Doente Esquizofrénico

Irlandina Gisele de Oliveira da Graça, n.º 2373

“Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciada em Enfermagem”.

Orientadora: Jerícia Cristina Lopes Duarte

Mindelo, 17 de Novembro de 2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha querida Mãe Assunção e ao meu filho Warren, pois sem eles hoje, não estaria realizando o meu sonho de ser Enfermeira.

AGRADECIMENTOS

Um especial agradecimento à minha mãe, que sempre esteve presente na minha vida, incentivando-me e acreditando na minha capacidade de chegar até ao fim, ultrapassando todos os momentos difíceis, os problemas, acreditando com muita fé, honrando e torcendo todos os dias pela minha e nossa felicidade, ao meu tio José Guiomar e Cláudia Guiomar que sempre me apoiaram um especial obrigado.

Outro especial agradecimento vai para as minhas irmãs, Lindinalva e Keila, pois sempre estiveram presentes nesta etapa, apoiando-me com muita força e muito amor, de modo que pudesse terminar esta fase muito importante da minha vida.

Às Professoras Mireya Caceres, Maria Auxiliadora, Sahida-Alina e Suely Reis, pela força, o empenho, a dedicação, e a paciência em ensinar-me e proporcionando-me conhecimentos, para que possa ter um bom desempenho como enfermeira no futuro.

À minha orientadora Jerícia Duarte por ter-me apoiado e aceitado como orientadora, pois confesso que foi a melhor coisa que poderia ter acontecido nesta etapa final, aprendi muito com ela, e um obrigado por ter me orientada durante todo este tempo, porque acredito que não é trabalho fácil, agradeço imenso, muito obrigada por tudo.

Agradeço aos meus amigos e colegas verdadeiros em especial “AS DJJ” e a minha amiga, colega, irmã, e conselheira, Carla Alexandre e Robine Bans por terem-me encorajada e oferecendo muita força para continuar nos momentos que pensei em desistir, nos momentos tristes da minha vida, facultando-me o seu ombro e que nunca deixou descair, pela paciência que nunca se esgotou, pelo apoio incansável, e pelo sorriso que sempre proporcionou-me nos momentos que mais precisei, muito obrigada.

E por fim posso dizer que foi difícil chegar até aqui, mas que valeu a pena, pois nada tem o seu devido valor se não for conseguido com muito esforço, suor e força de vontade, pois não seria a mesma coisa e não teria o mesmo sabor, um muito obrigado a todos que de uma forma ou de outra fizeram parte deste momento tão especial na minha vida.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	7
CAPÍTULO I – Problemática e Justificativa e Fase Conceptual	9
1.2. Esquizofrenia.....	12
1.3. Causas da Esquizofrenia.....	14
1.4. Sintomatologia.....	15
1.5. Subtipos de Esquizofrenia	17
1.5.1. 1º Episódio da Esquizofrenia.....	18
1.5.2. Aspectos Epidemiológicos e Evolução da Esquizofrenia	20
1.5.3. Tratamento da Esquizofrenia.....	21
2. Enfermagem no Contexto Psiquiátrico.....	25
2.1. O Cuidar em Enfermagem.....	26
2.2. A Função do Enfermeiro no Cuidado ao Doente Esquizofrénico	31
2.3. Intervenções e diagnóstico de Enfermagem ao Doente Esquizofrénico	36
2.3.1. Humanização dos Cuidados de Enfermagem Prestados ao Doente Esquizofrénico.....	38
3. Estratégias para o tratamento da Esquizofrenia	
3.1. Comunicação Terapêutica	42
3.2. Abordagem Familiar na Esquizofrenia (Intervenções Psicossociais)	45
CAPÍTULO II - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	50
4.PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	51
4.1. Tipo de Estudo.....	52
4.2. Caracterização do Campo Empírico.....	53
4.3. Método de Recolha de Dados.....	54
4.4. Procedimentos Éticos durante a Investigação (entrevistas, recolha de dados; transcrição das entrevistas, e tratamento de dados...).....	55
4.6. Apresentação e Discussão dos Resultados	58

CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
PROPOSTAS	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	79
Anexo I - Pedido de Autorização (Requerimento)	80
Anexo II – Solicitação de consentimento	82
Anexo III- Termo de consentimento livre esclarecido	83
Anexo IV- Guião de Entrevista	84

RESUMO

A Humanização dos cuidados é uma temática que tem sido muito abordada ultimamente por muitos autores, para garantir melhorias e qualidade nos cuidados prestados aos doentes Hospitalizados, visto que há necessidade de haver cuidados humanizados de enfermagem, tanto a nível físico como mental para com os doentes.

Constata-se que a humanização é a característica fundamental de uma administração eficiente, pois deve estar presente em todos os cuidados de saúde prestados aos doentes, com a finalidade de garantir o bem-estar físico, psíquico, social e moral do doente. A humanização enfatiza a prestação de cuidados nos serviços de saúde, neste sentido considera importante desenvolver um estudo intitulado *Contributos das Intervenções de Enfermagem para Humanização dos Cuidados Prestados ao Doente Esquizofrénico*, tendo como principal objectivo: identificar qual o Contributo das Intervenções de Enfermagem para Humanização dos Cuidados ao Doente Esquizofrénico no Hospital Baptista de Sousa (HBS) no Serviço de Saúde Mental (SM).

Para melhor compreender os objectivos do trabalho optou-se por uma abordagem qualitativa, com um estudo de carácter descritivo e exploratório utilizando como método de colheita de dados uma entrevista semi-estruturada com perguntas abertas.

Relativamente aos dados obtidos, constata-se que os profissionais de enfermagem do Serviço de Saúde Mental do HBS têm alguma noção da Humanização dos Cuidados. No entanto, os enfermeiros afirmam que existem dificuldades na implementação deste conceito, devido à falta de recursos materiais, humanos e conhecimentos técnicos científicos.

Deste modo, os resultados desta pesquisa fornece um contributo enorme, servindo como fonte de informação para o serviço, de modo a que os profissionais de saúde possam implementar novas metas que visem a melhorar as condições de saúde do doente, e os próprios profissionais desse Serviço.

Palavras-chave: Esquizofrenia - Enfermagem Psiquiátrica - Humanização dos Cuidados.

Abstract

Humanization of care is a theme which has arisen lately, and is being worked to ensure improvements and qualities in the care of the hospitalized patients, whereas there is a need for more humanization in nursing care for the ill Schizophrenic, or any other type of pathology. The humanization is the main feature of an effective administration and should be seen as a primary goal of any professional service provider in health. The focus of this philosophy is the physical, psychic, social and moral well-being. This concept emphasizes the role of humanization of health services. In this sense, it is important to develop a study titled nursing contributions on humanization of care to ill schizophrenic, having as, main, objective the, contributions of nursing in humanization of care to schizophrenic patients in the Baptista de Sousa Hospital in the psychiatric service. This survey was conducted through a closed - structured interview, to the nurses in the mental health service. It was done a qualitative study, through a bibliographical revision of this topic in order to analyze and better understand the concepts of the keywords covered.

During the interview it could be seen that the nurses of psychiatric service have a vague notion of the concept of the Humanization of Care, not in General, but each one has a notion of its concept. The practice in the service, confirm that this topic arise shortly, but there is a need to implement it in hospital services, especially in the psychiatric service, due to fragility of patients, and most of the time because of the family and social exclusion. The nurses claim that there are difficulties in the implementation of this concept, due to lack of human and material resources, and scientific expertise.

Thus, the results of this research can give a huge contribution, serving as a source of information for the service, so that health professionals can implement new goals improving the health conditions of the patient, and the professionals in this service themselves.

Keyword: Schizophrenia; Psychiatric Nursing; Humanization of care

INTRODUÇÃO

O presente estudo refere-se a um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) realizado no âmbito do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, leccionada na Universidade do Mindelo, com intuito da obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem. Assim, a escolha do tema: **Contributos das Intervenções de Enfermagem para Humanização dos Cuidados Prestados ao Doente Esquizofrénico**, vai de encontro ao desafio que se propõem com o trabalho, com o propósito de perceber qual a Importância de Enfermagem na Humanização dos Cuidados a nível de Saúde Mental (SM) e aprofundar conhecimentos nessa área.

Neste contexto o tema escolhido surge da necessidade de mostrar que a função do enfermeiro vai além da administração da terapêutica, pois é de extrema relevância a prestação de cuidados humanizados na melhoria da qualidade de vida do doente esquizofrénico e o enfermeiro tem uma função primordial na prestação desses cuidados. Não obstante a esse motivo ainda convém salientar que as vivências durante os ensinamentos clínicos influenciaram na escolha do mesmo, pois pode-se observar de perto a necessidade de aprofundar mais os cuidados humanizados.

Este estudo revela-se muito pertinente, pois contribui para aprofundar o conhecimento sobre a temática, permitindo esclarecer que o doente esquizofrénico para além da terapêutica ele precisa de cuidados humanizados o que permite-lhe uma grande melhoria na qualidade de vida. Ainda permite demonstrar a sociedade que este é um doente como os outros, apenas precisa de cuidados de saúde específicos. Apresentar esclarecimento sobre a doença e a melhor forma de tratamento bem como o impacto dessa doença no seio familiar, e para além dos conhecimentos adquiridos fornece oportunidade de aprimorar competências técnicas, profissionais e como futuro profissional permite ampliar o desempenho nessa área.

O trabalho está estruturado em dois capítulos bem definidos: no primeiro capítulo encontrar-se-á os conceptuais teóricos que compõem uma revisão bibliográfica detalhada sobre alguns conceitos tais como: Esquizofrenia, Função do Enfermeiro no contexto Psiquiátrico e Humanização dos Cuidados fundamentados com autores tais como Zannetti, ACG; Galera, SAF; Tomey, Morriner E. Alligood; Mary, C Townsend; Bolander; Giacon, BCC; Galera, SAF; Watson e outros considerados de referência nesse estudo.

No segundo capítulo apresentar-se-á o conceptual metodológico, a metodologia elegida e apresentação e a discussão dos resultados. E no final do trabalho as considerações finais e sugestões, onde apresentar-se-á uma síntese dos aspectos mais relevantes para a compreensão do trabalho, bem como as referências bibliográficas e os anexos.

Em relação a metodologia elegida, trata-se de um estudo de carácter descritivo exploratório inserido numa abordagem qualitativa utilizando como método de colheita de dados uma entrevista semi-estruturada. Onde foi entrevistado 5 enfermeiros do serviço de saúde mental.

CAPÍTULO I – PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA E FASE CONCEPTUAL

Problemática e Justificativa

A escolha da temática reside por um lado, no facto de ser um tema que desperta interesse próprio, resultante de preocupações surgidas durante os ensinamentos clínicos no serviço de Saúde Mental do HBS. Trata-se de um tema pouco explorado a nível nacional e um tanto vago ao que refere a trabalhos científicos. Outro aspecto importante que motivou a selecção do mesmo é ampliar os conhecimentos sobre a temática e identificar a percepção dos enfermeiros sobre a esquizofrenia e humanização de cuidados.

Segundo Rodrigues (2011, p.145):

“Humanização vem sendo algo essencial nas acções dos profissionais de saúde, nos programas e projectos que envolvem acções de educação, promoção e prevenção em saúde, sendo imprescindível realçar a necessidade da dimensão humana no cuidado da dor e do sofrimento, principalmente no âmbito hospitalar”.

Giacon e Galera (2006, p.287) afirmam que " esquizofrenia é uma das doenças mais problemáticas na sociedade, de tal forma que este merece uma especial atenção a nível de Humanização de Cuidados".

Durante os ensinamentos clínicos pode-se observar que há necessidade por parte dos profissionais de enfermagem envolverem-se nas práticas dos cuidados humanizados de modo a enriquecer conhecimentos pratico-científico para promover melhoria na qualidade de vida dos doentes.

Carvalho (1996, p:25) afirma que:

“A enfermagem é sensível à educação de valores, na medida em que procura conhecimentos que se identificam com normas e se aplicam no exercício das competências profissionais, promovendo, o espírito de cuidar o homem doente, de combater o hospitalismo psicológico e de saber escutar as agonias, bem como inculcar confiança na medida em que o homem nunca está só no mundo”.

As formas menos adequadas de como os doentes mentais são abordados aquando da recusa do tratamento ou descompensação ou mesmo na contenção destes, dá a entender a necessidade da implementação de cuidados humanizados, afirmando Giacon e Galera (2006, p.286) que “as contenções não são nunca utilizadas como punição ou por conveniência da equipe”. Bastos (1982, p.30) afirma que “as formas de tratamento com os doentes psiquiátricos numa abordagem psicofarmacológica e aos manejos restritivos (contenção física, permanência em unidades fechadas) e a eletroconvulsoterapia, são consideradas muitas vezes como abordagens iatrogénicas”.

Portanto a comunicação terapêutica é muito importante no processo de cuidar do doente, explicar e mostrar o porque da necessidade de certos procedimentos e do uso de fármacos e algumas técnicas, ajuda na melhoria dos cuidados prestados, pois ao interagir com o doente a possibilidades de explicar todo processo e ter aceitação do mesmo evitando outras alternativas que muitas vezes não são muito benéficas nem para o doente nem para o profissional. E isso garante um cuidado humanizado.

A motivação tornou-se ainda maior para desenvolver um estudo nessa área pouco explorada e que precisa de alargar mais conhecimentos a nível de humanização dos cuidados.

Travelbee (1971, p.145):

“Desenvolveu as relações interpessoais na enfermagem, e afirmou referindo ao facto dos dois não terem apenas uma relação enfermeiro - doente mas sim uma relação de Humano para humano descrevendo-o como uma experiência mutuamente significativa, isto é tanto a enfermeira como o individuo que recebe os cuidados, tem necessidades satisfeitas quando cada um vê o outro como um ser único não como uma "Doença" ou como "um número de quarto", ou como "todas as enfermeiras em geral".

Vieira, Collet e Oliveira (2006, p.286) enfatizam que "a humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança e resistência por parte dos profissionais de saúde e da instituição em si”.

Portanto trabalhos sobre a humanização em serviços de saúde principalmente em saúde mental é muito importante, visto que permite aos enfermeiros desenvolverem com qualidade práticas humanizadas com os doentes, ajudando-os na melhoria dos quadros clínicos e na reabilitação.

É nessa óptica que surge como pergunta de partida:

- Qual o contributo das intervenções de Enfermagem para Humanização dos Cuidados prestados ao Doente Esquizofrénico?

Perante esta pergunta de partida, definiu-se como:

Objectivo Geral do Estudo:

- Identificar o Contributo das intervenções de Enfermagem para Humanização dos Cuidados prestados ao Doente Esquizofrénico.

Objectivos Específicos:

- Descrever a função do enfermeiro nos cuidados ao doente esquizofrénico;
- Identificar as práticas que os enfermeiros utilizam para humanização de cuidados ao doente;

- Identificar os contributos das intervenções de enfermagem para humanização dos cuidados.

Portanto, o estudo sobre este tema é de extrema relevância para os enfermeiros, visto que, estes trabalham directamente com os doentes, vivenciando suas angústias, desesperos, medos e solidão, pondo em prática cuidados considerados humanizados.

1. Fase Conceptual

Nesta fase pretende-se debruçar sobre alguns elementos conceptuais relacionados com o tema. Apresenta como principais conceitos: A esquizofrenia, enfermagem psiquiátrica, cuidados e função do enfermeiro psiquiátrico, humanização dos cuidados e comunicação terapêutica.

Para Fortin (1999, p.39), conceptualizar refere-se, então, a “um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto em estudo”.

1.2. Esquizofrenia

Segundo a American Association Psychiatric (1998, p.25), a esquizofrenia é uma doença cerebral séria e persistente. Ela é uma doença que resulta em comportamento psicótico, pensamento concreto e dificuldades no processamento de informações, relacionamentos interpessoais e solução de problemas.

No entanto Cabral (2001, p.32) diz que:

“A esquizofrenia é uma doença da personalidade total que afecta a zona central do eu e altera toda estrutura vivencial. Culturalmente o esquizofrénico representa o estereótipo do "louco", um indivíduo que produz grande estranheza social devido ao seu desprezo para com a realidade reconhecida. Agindo como uma pessoa que rompe as amarras da concordância cultural, o esquizofrénico menospreza a razão e perde a liberdade de escapar às suas fantasias”.

E para Oliveira, Renata, Fascina, Cristina, Junior e Carlos (2012, p.310) “a esquizofrenia é conhecida como uma das doenças psiquiátricas mais graves e desafiadoras. É definida como uma síndrome clínica complexa que compreende manifestações psicopatologias variadas de pensamento, percepção, emoção, movimento e comportamento”.

O termo esquizofrenia veio tendo vários conceitos e controvérsias:

Para Townsend (2002, p.368):

“De todas as doenças mentais responsáveis pelo sofrimento na sociedade, a Esquizofrenia provavelmente causa hospitalizações mais demoradas, maior caos na vida familiar, um custo mais exorbitante para indivíduos e governos, e mais medos para qualquer pessoa, por ser uma ameaça tão grande à vida e a felicidade, e porque suas causas são um enigma não resolvido, pois tem sido a mais estudada do que qualquer outro distúrbio mental”.

E ainda Zanetti e Gallera (2007, p.386) afirmam que “a esquizofrenia é um dos principais problemas de saúde pública da actualidade, exigindo considerável investimento do sistema de saúde e causando grande sofrimento para o doente e sua família”.

Segundo Alvarenga (2008, p. 89):

“A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico crônico e em muitos casos incapacitante, que se inicia geralmente em jovens e que se caracteriza pela presença de sintomas psicóticos ou positivos como delírios e alucinações, desorganização do pensamento e da conduta, sintomas negativos de empobrecimento afetivo – volitivo, perdas cognitivas sobretudo deficit da capacidade de abstração e prejuízo das funções executivas e sintomas depressivos. Não é apenas um transtorno psicótico, mas um transtorno do neurodesenvolvimento cerebral em que a psicose é encontrada”.

Naquilo que foi explanado segundo estes autores nota-se que o conceito da esquizofrenia envolve muitos debates, depara-se que é uma doença muito grave e que afecta muitos doentes e a sociedade em geral, acarretando grandes custos, muito tempo de hospitalizações e uma sobrecarga para os familiares, pois estes também são afectados, havendo uma mudança na função dos membros dessa família. Quando a pessoa é diagnosticada a doença automaticamente deixa de exercer a função que tinha no seio familiar e essa função passa a ser desempenhado por outro membro.

Na mesma linha de pensamento surge Stuart e Laraia (2001, p.448) afirmando que “a esquizofrenia é uma doença cerebral séria e persistente. Ela é uma doença que resulta em comportamento psicótico pensamento concreto e dificuldades no processamento de informações, relacionamento interpessoais e solução de problemas”.

Este mesmo autor ainda afirma que é uma doença “que faz parte de um grupo de transtornos correlatos com patofisiologia, factores predisponentes estressores desencadeantes e comportamentos relacionados heterogeneos”.

Portanto Kraepelin (1967, p. 23) afirma que a esquizofrenia é uma:

“Demência precoce, baseando suas características em três critérios; sua evolução, sintomatologia e etiologia”. E reflecte o facto de esta visão causar repercussão na qualidade de assistência dispensada ao esquizofrénico, estigmatizando-o, reduzindo seu tratamento a exclusão manicomial”.

Vários foram os autores que opinaram acerca dessa doença, dos sintomas e a sua evolução, neste sentido e acompanhando a ideia anterior Helkis (2000, p.22) afirma que “apesar de Bleuler ter proposto a esquizofrenia como um conceito aperfeiçoado da demência precoce, ainda muitos autores consideravam as mesmas identidades distintas”.

E nessa perspectiva Helkis (2000, p.22) reafirma que “as maiores diferenças residem no facto que as maiores descrições Krapelinianas são puramente empíricas, ao passo que as de Bleuler são guiadas por uma teoria”. Isto quer dizer que o conceito de esquizofrenia envolve muitas controvérsias.

Para entender melhor o conceito da Esquizofrenia é necessário abarcar as causas que o acarretam, de modo a obter um melhor discernimento do tema em estudo.

1.3. Causas da Esquizofrenia

Em relação a causa da esquizofrenia, por ser uma das doenças mentais mais complexas da actualidade, tem a etiologia ainda desconhecida. Pode estar associada a várias causas.

Segundo Afonso (2002, p.25) umas das causas da esquizofrenia são:

- **Hipótese genética** – “parece estar envolvida na doença uma componente genética, em que os genes em conjunto com factores ambientais poderão contribuir para o aparecimento da esquizofrenia”. E ainda ele realça que aqui “a componente da transmissão hereditária e das características multifactoriais está bem presente e sabe-se que, a probabilidade de uma pessoa ter esquizofrenia aumenta se houver um familiar atingido”.
- **Hipótese associada aos neurotransmissores;** - “**Dopamina** “ é uma substância que actua no cérebro e é utilizada para a comunicação entre as células nervosas, mais propriamente, na fenda sináptica. O facto de este neurotransmissor estar associado à etiologia da doença, deve-se à possibilidade de existir em elevada quantidade no sistema nervoso central”. “**Serotonina**” algumas substâncias, ao actuarem nos receptores de serotonina poderão provocar um quadro clínico semelhante à esquizofrenia. Os antipsicóticos bloqueiam a acção da dopamina e são antagonistas serotoninérgicos e, em combinação com os neurolépticos, reduzem os efeitos secundários e melhoram a sintomatologia negativa da esquizofrenia.
- **Hipótese associada ao vírus (Influenza A2)** - indivíduos cujas mães estiveram infectadas com um vírus da gripe (Influenza A2- gripe materna), tiveram uma

maior predisposição para virem a sofrer de esquizofrenia. No entanto, alguns trabalhos realizados não permitem a verificação de uma relação directa entre o vírus e a doença.

Complementando o raciocínio anterior, Stuart e Laraia (2001, p.67) afirmam que :

“As pesquisas neurocientíficas continuam avançando no estudo da esquizofrenia, embora a complexidade desse transtorno e a faixa de sintomas tenham dificultado o progresso, os rumos das pesquisas não estejam claros. A causa da esquizofrenia é desconhecida, mas existe a crença bastante difundida de que existe pelo menos uma causa biológica. Parece, também, que a esquizofrenia não é um, mas diversos transtornos diferentes”.

1.4. Sintomatologia

Em relação a sintomatologia da esquizofrenia que é bastante complexa, afirmam Giancon e Galera, (2004, p. 22) que “pode apresentar início agudo ou insidioso, os quais possuem características distintas evoluindo para uma sintomatologia própria. O início agudo é caracterizado pelo aparecimento dos sintomas de forma abrupta, evoluindo para uma deterioração se não tratados imediatamente”. Ainda os mesmos autores afirmam que “sua sintomatologia é a regressão, a confusão e a ansiedade que progridem para estado de pânico, episódios confusionais do delírio febril, excitação motora, insônia e atitudes catatônicas.

Segundo Favrod e Marie (2012, p.19):

“A pessoa que sofre desta doença pode apresentar sintomas de distorção da realidade que se expressam por ideias delirantes e alucinações”. Pode também manifestar-se por uma redução de capacidades de expressão, uma dificuldade em concretizar as actividades da vida diária e um retraimento social”.

Segundo Helkis (2000, p. 21) ” a noção de sintomas positivos e negativos teve grande influência sobre o conceito de esquizofrenia, sobretudo a partir de 1980, quando Crow introduziu a ideia de dimensões positivas e negativas pelo conceito de duas “síndromes da esquizofrenia”.

Pois falando dos sintomas Favrod e Marie (2012, p.2) identificaram os seguintes sintomas:

Sintomas Psicóticos ou Positivos

- Delírios;
- Alucinações;
- Distúrbios do Pensamento;
- Comportamentos Anormais;
- Estereotipia;
- Comportamento violento;
- Posturas físicas bizarras;
- Incoerência do distúrbio;
- Desorganização.

Sintomas Deficitários ou Negativos

- Redução da expressão verbal e não-verbal;
- Abolição, alteração dos processos cognitivos que permitem planificar e seguir um plano de acção;
- Anedonia, dificuldade de antecipar o prazer,
- Retraimento social;
- Distúrbios de atenção;
- Redução do funcionamento no domínio dos cuidados pessoais, das relações sócias e profissionais.

Portanto os sintomas que estes doentes por vezes apresentam nesta doença podem não ir ao encontro com a realidade sintomática clínica apresentada por alguns autores, daí que o enfermeiro deve estar capacitado para poder reconhecer esses sintomas, saber qual a melhor forma de ajudar esses doentes. É fundamental adquirir esses conhecimentos de modo a apoiar não só os doentes com também os familiares que similarmente acabam por sofrer com o aparecimento da doença. Muitas vezes precisam de apoio do enfermeiro para saber reconhecer esses sintomas e como ajudar o familiar doente.

1.5. Subtipos de Esquizofrenia

O diagnóstico da doença é feito com base no quadro clínico tendo em atenção esses sintomas. É importante nessa investigação fazer uma breve alusão aos subtipos de esquizofrenia. Pois o reconhecimento da doença antecipadamente tem uma repercussão no prognóstico e no tratamento do mesmo.

Relativamente aos subtipos de esquizofrenia segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM-IV) (2002, p. 313):

“Os subtipos da Esquizofrenia são definidos pela sintomatologia predominante na altura da avaliação, e as suas implicações em relação ao prognóstico e tratamento sejam variáveis. O tipo paranóide e desorganizado são os menos e o mais grave, e o diagnóstico deste dado subtipo é baseado no quadro clínico que originou a avaliação ou admissão para cuidados clínicos”.

- Esquizofrenia Catatónico - Ela se caracteriza por anormalidades acentuadas no comportamento motor e pode se manifestar em termos de estupor ou excitação, rigidez, negativismo, posturas bizarras, estereotipias, mutismo e flexibilidade córnea.
- Esquizofrenia desorganizado - Esta anteriormente designado de Hébfrenica, o início dos sintomas é geralmente antes dos 25 anos de idade e o curso é comumente crónico, o comportamento é acentuadamente regressivo e primitivo, o contacto com a realidade é extremamente deficiente, os sintomas mais acentuados é a prevalência da incoerência desagregação do pensamento e da conduta, incongruência e embotamento afectivo.
- Esquizofrenia Paranóide - A esquizofrenia paranóide se caracteriza pela presença de delírios persecutórios ou de grandeza e por alucinações auditivas relacionadas a um tema único, comportamento violento, alterações das interações pessoais.
- Esquizofrenia Residual - Ela ocorre em indivíduos que tem uma forma crónica da doença e esta no estágio que se segue há um episódio agudo, cujos sintomas podem incluir isolamento social, comportamento excêntrico, distúrbio da higiene e aparência pessoal, embotamento afectivo ou incongruência afectiva, empobrecimento da fala, pensamento ilógico ou apatia, e este tipo de esquizofrenia por vezes é designada como esquizofrenia deambulatória.
- Esquizofrenia Indiferenciada - Neste o comportamento é claramente psicótico, ou seja há evidências de delírio, alucinações, incoerência e comportamento bizarro,

todavia estes sintomas não podem ser classificados nas categorias anteriores ou quando preenchem simultaneamente os critérios para mais de um tipo.

1.5.1. 1º Episódio da Esquizofrenia

Desta forma pode-se dizer que é também de extrema importância, diagnosticar o 1º episódio da esquizofrenia de modo, que o seu tratamento seja mais rápido garantindo uma boa recuperação, e além de que reduz o sofrimento, causando menos problema para o próprio doente e sua família. A esquizofrenia por ser um problema que tem vindo actualmente a afectar muito a sociedade mostra-se relevante conhecer o seu início para uma melhor prestação dos cuidados e melhoria na qualidade de vida desses doentes.

Como já foi referenciado a esquizofrenia é um dos principais problemas de saúde e do investimento do sistema de saúde. Segundo Giacon e Galera (2006, p.276):

“A esquizofrenia pode apresentar início agudo ou o insidioso, os quais possuem características distintas evoluindo para uma sintomatologia própria. O **início agudo** é caracterizado pelo aparecimento dos sintomas de forma abrupta, evoluindo para uma deterioração se não tratados imediatamente. Tem como principal sintomatologia a regressão, a confusão e a ansiedade que progridem para estado de pânico, episódios confusionais do delírio febril, excitação motora, insónia e atitudes catatónicas. O **início insidioso** caracteriza-se por um desenvolvimento da psicose de forma mais amena, o desenvolvimento psicomotor é normal, porém nos aspectos emocional e intelectual manifestam-se desvios extremos. Aparecem fenómenos dissociativos nas áreas da afectividade e da linguagem, fortes mudanças de humor, actos obsessivos e compulsivos, irritabilidade e hostilidade. Quando não ocorre intervenção neste tipo de início, ele evolui para a deterioração do funcionamento global e exacerbação aguda da psicose em um próximo momento”.

É através do início agudo e insidioso que começa-se a perceber os sintomas da Esquizofrenia, aparecendo vários fenómenos de distorção da realidade por parte do doente, daí que o profissional de saúde deve ter habilidades para saber interpretar esses fenómenos para poder ajudar o doente o mais precoce possível evitando complicações futuras.

Ainda nessa mesma linha de pensamento estes mesmos autores afirmam que:

“A intervenção no primeiro episódio do transtorno oferece uma oportunidade única no tratamento da esquizofrenia, influenciando no curso da doença”. Pois apesar da baixa incidência, por ser uma doença de longa duração, acumula-se, ao longo dos anos, um número considerável de pessoas portadoras desse transtorno, com diferentes graus de comprometimento e de necessidades” *Ibidem*.

Portanto torna-se essencial referir que a intervenção no primeiro episódio do transtorno oferece uma oportunidade única no tratamento da esquizofrenia, isto é, quando é diagnosticado atempadamente, o resultado ou as intervenções garantem melhor qualidade

no tratamento. Não obstante a isso, evita complicações ou agravamento do estado do doente, facilita-o no desenvolvimento do seu papel no seio familiar e ainda permite que os familiares têm uma vida menos fatigante.

É nesta óptica que Giacon e Galera (2006, p.276) realçam que:

“A demora na procura do tratamento tem uma influência fundamental no prognóstico do paciente, pois pode levar a uma ruptura significativa dos níveis psíquico, físico e da rede social do doente. O tempo de tratamento para obtenção da remissão do quadro agudo também aumenta à medida que se sucedem os episódios psicóticos”.

Pois torna-se fundamental descobrir quais intervenções que podem contribuir no tratamento do primeiro surto esquizofrénico e como ajudar o indivíduo e sua família a colocarem-se frente aos seus problemas e estigmas associados ao transtorno e dessa forma, indicar como a enfermagem pode reduzir o sofrimento físico e emocional das pessoas que estão vivenciando o primeiro surto psicótico.

Favrod e Marie (2012, p.2) afirmam que:

“O primeiro episódio da esquizofrenia do ponto de vista temporal, a doença passa frequentemente inapercebida até ao fim da adolescência essa fase inicia-se frequentemente por um episódio psicótico, caracterizado por sintomas de distorção da realidade e de desorganização de ideias”.

Para Silva (2006, p.265) “os primeiros sinais e sintomas da doença aparecem mais comumente durante a adolescência ou início da idade adulta. Apesar de poder surgir de forma abrupta, o quadro mais frequente se inicia de maneira insidiosa”.

De acordo com Giacon e Galera (2006, p.276) “não existe um curso típico da esquizofrenia devido à grande sintomatologia apresentada, que varia de indivíduo para indivíduo e a variabilidade da evolução encontrada independente dos sintomas apresentados no início da doença”.

Portanto Favrod e Marie (2012, p.2) afirmam que:

“A primeira etapa do ciclo de vida do doente esquizofrénico é deixar a família de origem, uma vez que é nesta etapa que se regista a entrada da doença a esquizofrenia passa geralmente despercebida até o final da Adolescência, sendo que assim a pessoa em risco de adoecer, encontra-se frequentemente a braços com a gestão de tarefas do desenvolvimento exigentes”

1.5.2. Aspectos Epidemiológicos e Evolução da Esquizofrenia

É pertinente nesse trabalho retratar aspectos epidemiológicos e evolução da esquizofrenia de modo a perceber qual a percentagem da população que é atingida por essa doença mental.

Segundo Rui Grilo (1986, p.7): “a esquizofrenia atinge cerca de 1% da população (100 000 pessoas) e tende a manifestar-se normalmente no final da adolescência, e embora não faça distinção entre sexos, raças ou culturas”. Ele ainda afirma que “as populações mais afectadas são as rurais e os grupos sociais com baixo nível sócio – económico e cultural”

Este autor realça que “o aparecimento da doença é mais precoce em indivíduos do sexo masculino (entre os 15 e os 25 anos) e mais tardia em pessoas do sexo feminino (entre os 25 e os 30 anos)”. Geralmente a esquizofrenia tem um aparecimento agudo nas formas paranóide, e apenas um terço dos casos, aparece de forma lenta no tipo hebefrénica” *Ibidem*.

De acordo com Afonso (2002,p. 60) a evolução da esquizofrenia inclui 3 fases:

- **Fase Aguda:** Esta é a fase onde predominam os sintomas característicos da esquizofrenia, os sintomas positivos e os sintomas negativos. Quando estes doentes vão à consulta de Psiquiatria geralmente acompanhados pelos seus familiares, evidenciam claramente uma evolução bastante significativa, tornando inevitável o internamento. A maioria das vezes o doente não tem consciência do seu estado, tornando difícil a adesão à terapêutica farmacológica e ao internamento
- **Fase de estabilização:** Uma vez instituída a terapêutica farmacológica, e existindo uma melhoria e um controlo dos sintomas psicóticos, segue-se a prevenção das recaídas. O psiquiatra tem como objectivo ir alterando a medicação à medida que persistem alguns sintomas em menor intensidade. Esta fase de manutenção pode durar um tempo indeterminado, sendo a medicação essencial para a prevenção de recaídas.
- **Recaída:** O objectivo do tratamento da esquizofrenia é prolongar a fase de estabilização, mas por vezes é impossível evitar recaídas e voltar-se de novo á fase mais aguda da doença. Alguns sinais de recaída são a “...agitação, agressividade ou medo, descuido da higiene pessoal ou aparência, ideias estranhas ou discurso incoerente, abuso de álcool ou outras substâncias.

1.5.2. Tratamento da Esquizofrenia

Para melhoria da qualidade de vida do doente esquizofrénico o enfermeiro deve estar dotado de saber para poder ajudar tanto o doente como a sua família daí a importância de conhecer quais as formas de tratamento utilizado nessa doença. Nesse trabalho é abordado as formas de tratamento de modo a proporcionar uma melhor compreensão do mesmo.

A procura atempadamente do tratamento é essencial no prognóstico das doenças dessa natureza, Giacon e Galera (2006, p.288) partilham essa ideia afirmando que:

“Existe um intervalo de tempo entre o surgimento dos sintomas e a procura pelo tratamento. Este tempo pode influenciar no prognóstico. A demora na procura do tratamento pode indicar um mau prognóstico, pois os sintomas tornam-se mais intensos, implicando em maior tempo de tratamento psicofarmacológico e com doses mais elevadas. Por isso é recomendada a criação de serviços em saúde mental destinados ao atendimento de adolescentes e jovens, os quais poderiam contribuir para detectar e tratar precocemente o primeiro surto da esquizofrenia”.

Segundo o autor Townsend (2002, p.368) existem várias modalidades de tratamento da esquizofrenia, sendo o primeiro:

Tratamento Psicológico

- Psicoterapia Individual: Este autor sugeriu que a terapia individual orientada para a realidade é a abordagem mais adequada para a esquizofrenia, sendo um foco principal em todos os casos, e deve reflectir os esforços para a diminuição da ansiedade e aumentar a confiança, pois uma intervenção bem-sucedida pode ser obtida com honestidade franqueza e simplicidade de maneira a respeitar a privacidade e dignidade humana do doente. A psicoterapia individual para doentes esquizofrénicos é vista como um esforço a longo prazo que exige do profissional desta área paciência e muito sacrifício.
- Terapia de Grupo: A DSM-IV relata que a terapia de grupo no tratamento da esquizofrenia tem resultados escassos, porém positivos especialmente ambulatorio e em combinação do tratamento farmacológico. A terapia de grupo em contactos hospitalares não é tão produtiva, o tratamento hospitalar ocorre geralmente quando a sintomatologia e a desorganização social são mais graves, pois esta terapia na esquizofrenia tem sido mais útil na evolução ao longo prazo da doença. A interacção social o sentimento de coesão, identificação e juízo da realidade obtidos no contexto do grupo mostram-se processos altamente terapêuticos para esses doentes.

- Terapia Comportamental: Os comportamentos adoptivos são reforçados por elogios ou fichas que podem ser trocadas por itens desejados, em consequência de comportamentos não adoptivos ou desviantes, como falar alto, falar sozinho em público, comportamentos bizarros, podem ser reduzidas.

Essas terapias são muito marcantes para garantir uma boa estabilidade do doente, não oferece a sua cura, mas ajuda no seu diagnóstico e tratamento, com conhecimento dessas terapias, os profissionais de saúde podem estar mais aptos para ajudar os doentes, mediante os seus resultados, positivos ou negativos, o enfermeiro pode saber como actuar, perante a evolução.

Kaplan, Sadock e Grebb (1997, p.889) afirmam que:

“A modificação do comportamento não é capaz de curar o doente esquizofrénico, mas esta terapia tem tido contudo uma história de êxito notável na redução da frequência de comportamentos bizarros, perturbadoras e desviantes e no aumento de comportamento apropriados”.

Pois “a principal limitação deste tipo de terapia tem sido a incapacidade de alguns indivíduos portadores da esquizofrenia em generalizar o que foi aprendido para o contexto da comunidade depois do doente ter alta hospitalar” (*Ibidem*).

Relativamente a outro tipo de tratamento psicológico, o familiar, afirma o Townsend (2002, p.368) que na:

- Terapia Familiar: Alguns terapeutas tratam a esquizofrenia não como uma doença unicamente do doente mas sim de toda a família mesmo quando os familiares parecem se estar bem, há impacto notável sobre o estado de saúde mental dos parentes quando um dos membros da família apresenta a doença.

Segundo Saficer (1952 Apud Townsend 2002, p.452) “quando um membro da família tem uma doença mental grave, a família tem que lidar com um grande tumulto na sua vida, um evento terrível que causa muita tristeza pela perda mental da criança ou relação até então promissora”.

Giacon e Galera (2006, p.290) realçam que a:

“Intervenção familiar vem sendo uma alternativa indispensável na Esquizofrenia. Deve-se ter um conhecimento, primeiramente, da família, suas características, limitações, medos e inseguranças e sabe-se que no momento em que a família se depara com a nova situação, ocorre uma desorganização do grupo na tentativa de se adaptar. Se a família não for ajudada neste momento, sua adaptação pode resultar em modelos de relacionamento que contribuem pouco para a estabilização e melhoria do paciente e, leva todo o grupo ao sofrimento mental. Uma adaptação mais positiva pode ser de grande valor para a recuperação e inclusão do doente mental e para a qualidade de vida de todo o grupo. A prática em enfermagem psiquiátrica se baseia em acções que visam a melhoria da

condição da qualidade de vida do doente e de sua família, a contribuir no controle do surto da doença, torná-la estabilizada, a ajudar na integração social após o aparecimento da doença, e a cooperar na adesão ao tratamento e à adaptação de sua nova condição”.

Pode-se dizer que a família é a base para o tratamento do doente, sendo ela indispensável, é bastante útil na sua recuperação, apesar de deparar com um grande trabalho e muitos problemas. Deparando-se logo em seguida com uma desorganização a nível familiar. Com isso é função do enfermeiro assistir o familiar apoiando, dando força e principalmente capacitar as famílias de modo que estes possam ajudar o membro e a si mesmos evitando assim o *burnout*.

Em relação ao segundo tratamento, **o farmacológico**, Giacon e Galera (2006, p.262) são de acordo que o tratamento farmacológico na esquizofrenia:

“Consiste no uso de medicamentos anti-psicóticos, chamados de neurolepticos. Existem dois tipos de drogas anti-psicóticas: os anti-psicóticos típicos ou convencionais e os atípicos. Os anti-psicóticos típicos ou convencionais são antagonistas da dopamina e seu efeito resulta na diminuição dos sintomas positivos (delírios, alucinações, pensamento incoerente) e na produção de efeitos colaterais, principalmente os efeitos extra piramidais, que têm como sintomas básicos transtornos dos movimentos como parkinsonismo (tremor, rigidez e bradicinesia), distonia e acatisia. O uso prolongado e inadequado dos anti-psicóticos típicos contribui para uma disfunção crônica e irreversível chamada discinesia tardia, que também é um efeito colateral extrapiramidal. Os efeitos colaterais desse grupo de medicamentos são um dos principais factores que contribuem para a não-adesão ao tratamento psicofarmacológico”.

Os principais medicamentos usados no Hospital Baptista de Sousa (HBS) são a Clorpromazina e o Haloperidol. Os antipsicóticos atípicos ou recentes inibem receptores de dopamina e serotonina, melhorando sintomas positivos e ajudando no tratamento de sintomas negativos sem efeitos extra piramidais significativos. O aumento de peso é o efeito colateral mais significativo desse grupo de medicamentos e deve ser acompanhado. Os medicamentos da segunda geração para o tratamento da esquizofrenia são a Clozapina, Risperidone e o Olanzapine mas os antipsicóticos de nova geração vêm substituindo os demais, no tratamento da esquizofrenia, devido à possibilidade do uso de doses mais baixas e, conseqüentemente, menores efeitos colaterais.

Um outro tipo de tratamento (**não farmacológico**) utilizado na psiquiatria é a contenção mecânica, é muitas vezes solicitado pelo enfermeiro porque ajuda não só na protecção do doente quando esta a ter alterações de comportamento que pode pôr em risco o próprio, como também os colegas e os profissionais que ali se encontram. Dai que torna-se relevante abordar esse tratamento.

Giacon (2006, p.291) relata que:

“Este termo geralmente refere-se a um conjunto de tiras de couro utilizadas para prender as extremidades de uma pessoa cujo comportamento esteja fora de controlo e que representa uma ameaça de dano para si própria e para os outros. As contenções não são nunca utilizadas como punição ou por conveniência da equipe, pois as medidas menos restritivas para diminuir a agitação, tais como "conversar baixinho" (intervenção verbal) e contenções químicas (medicação tranquilizante) são geralmente tentadas inicialmente, quando essas intervenções são ineficazes as contenções mecânicas podem ser instituídas”.

Enquanto Kaplan et al (1997, p.71) afirmam que a contenção mecânica “é uma medida terapêutica que deve ser usada de forma adequada e específica para que surta o efeito desejado, de maneira segura e eficaz, evitando danos aos pacientes e aos profissionais envolvidos na técnica”.

Complementa ainda, “ela deve ser o último recurso a ser utilizado para controlar condutas violentas” *Ibidem*.

Segundo Laraia (2001, p.56) a contenção mecânica tem como objectivo:

“Restringir os movimentos do paciente agressivo/ agitado, limitando sua habilidade de movimento quando esse oferece perigo para si e para terceiros, através de dispositivos mecânicos possibilitando, pelo uso das faixas, um relaxamento progressivo, uma diminuição da agressividade / agitação e uma percepção dos limites corporais”.

Afirma ainda que: “a realização da contenção mecânica deve ser uma conduta excepcional e cercada de todos os cuidados para que a acção sobre o paciente seja a menos lesiva possível, devendo constar no projecto terapêutico” (*Ibidem*).

Portanto é necessário abordar esse tipo de tratamento, conhecer as vantagens e desvantagem de a utilizar, como e quando recorrer a esse tipo de procedimento. É um dos tratamentos utilizado no serviço de Saúde Mental, como já foi referenciado, mas o que leva a pensar é a forma como ela é feita, como o autor Giacon referiu, a contenção nunca é feita por livre e espontânea vontade do profissional de saúde, há que haver momentos em que ela deverá ser implementada, como nas situações extremamente agressivas do doente, em que já não há controlo do doente, e que certamente poderá ser uma ameaça para todos os que estiverem nesse mesmo ambiente.

Segundo Pães e Barbosa (2009,p.103) “a contenção mecânica é uma maneira de determinar o limite do comportamento”. Os mesmos autores afirmam ainda que “deve ser utilizada somente após serem esgotadas todas as alternativas como abordagem verbal, mudanças no ambiente, eliminação de factores externos que podem influenciar negativamente o comportamento do paciente, entre outros” (*Ibidem*).

Portanto, a humanização das práticas de cuidar em saúde e a legislação voltada a segurança do doente, incentiva os profissionais a reflectir sobre a finalidade, indicação e modos de implementar a contenção, para a melhor forma de a utilizar de modo que seja visto como um procedimento terapêutico e não de repressão.

2. Enfermagem no Contexto Psiquiátrico

A enfermagem e as suas intervenções no contexto psiquiátrico abarca o individuo doente no seu todo considerando os aspectos físicos, sociais, psicológicas. A dignidade o respeito e os valores são aspectos relevantes na actuação do enfermeiro.

Para Marquis e Huston (1999,p.35) “a filosofia da enfermagem está baseada no respeito e dignidade e nos valores do indivíduo. Todos os pacientes têm o direito de receber cuidados de enfermagem efectivos, baseados nas suas necessidades e reacções clínicas”.

“A enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor, pois o que é tratar da tela morta ou do frio do mármore comparado ao tratar do corpo vivo – o templo do espírito de Deus. É uma das artes; poder-se – ia dizer a mais bela das artes” . Henderson V.A. (2007,p. 47)

Em relação á enfermagem psiquiátrica é importante referenciar uma grande imagem Hildegard Peplau que segundo Townsend (2002, p.4-6):

“Hildegard Peplau considerada a mãe da enfermagem psiquiátrica, contribuiu imensamente para a profissão de enfermagem e em especial para a enfermagem psiquiátrica contudo os seus contributos para a profissionalização da enfermagem transcendem a sua especialização em enfermagem psiquiátrica, Peplau defendeu vigorosamente que as enfermeiras deviam tornar-se mais instruídas para poderem prestar verdadeiros cuidados terapêuticos aos doentes em vez do cuidado conservador que prevalecia nos hospitais psiquiátricos”.

Portanto este mesmo autor refere que:

“Em 1955 a incorporação de enfermagem psiquiátrica tornou-se obrigatória para todas as escolas de enfermagem psiquiátrica, mas com o aumento aparente da necessidade de cuidados psiquiátricos foi promovida uma legislação em Estados Unidos da América (EUA) para a educação de psiquiátricas” (*Ibidem*).

Mas ainda ele se esclarece que a educação universitária em enfermagem psiquiátrica “foi estabelecida durante este período também, e foi neste mesmo período que houve a descoberta das medicações anti-psicóticas que tornaram possível aos clientes psicóticos participar mais do cuidado terapêutico, incluindo as terapias de enfermagem” (*Ibidem*).

Além disso houve contributos muito importantes da autora Hildegard E. Peplau para a enfermagem em geral e especialidade em enfermagem psiquiátrica, “leccionou enfermagem psicodinâmica, e salientou a importância da capacidade da enfermeira para compreender o seu próprio comportamento no sentido de ajudar os outros e identificar as dificuldades observadas” (Townsend, 2002, p.4-6).

É necessário realçar que “a enfermagem psiquiátrica está fundamentada no relacionamento interpessoal enfermeira-doente, através do qual observa os aspectos biopsicossociais do ser humano no aspecto biológico, a enfermagem observa efeitos colaterais da medicação e acompanha a saúde geral do jovem doente e de sua família”. (*Ibidem*).

A enfermagem psiquiátrica é um processo interpessoal que promove e mantém o foco principal o doente, além do diagnóstico, contribuindo para a promoção de melhor qualidade de vida. O doente pode ser um indivíduo, uma família, um grupo, uma organização ou uma comunidade em que são prestados os cuidados.

2.1. O Cuidar em Enfermagem

Baseando no tema abordado é importante neste trabalho fazer uma breve menção a enfermagem como arte de cuidar, pois na humanização de cuidados a promoção do bem-estar é fundamental. Segundo Tomey e Alligood (2002, p. 4-5) “a história de enfermagem profissional começou com Florence Nithingale (...)”.

Segundo Ambrozano (2002, p.79) “a enfermagem vem de uma história de devoção, abnegação, obediência e servidão. Era executada por mulheres que eram dóceis e submissas aos homens, no caso, os médicos”.

A igreja e as crenças influenciaram muito nas prestações de cuidados, eram pessoas que dedicavam à religião que incutia a ideia de oferecer sacrifício e amar o próximo. Faziam caridade ao cuidar das pessoas que necessitavam de uma atenção mais redobrada.

Para Vieira, (2009, p.91):

“A influência de Florence Nightingale veio transformar a enfermagem numa profissão para além de uma vocação configurando os primeiros traços da enfermagem actual. No início do século XX o objectivo central da formação de enfermeiros visa ainda uma enfermeira obediente e virtuosa. A necessidade de satisfazer os desejos dos outros tinha prioridade sobre o pensamento autónomo. Hoje autonomia moral e profissional é o nosso objectivo da formação em enfermagem, estimulando o pensamento critico e evitando tanto o relativismo ético quanto um sistema dogmático de valores desactualizados da responsabilidade individual para com a pessoa cuidada”.

Com o avançar dos tempos tendo em conta as transformações que a enfermagem foi sofrendo o enfermeiro passa a ser mais autónomo no exercício da sua profissão, demonstrando conhecimento próprio.

E ainda é de ressaltar que “o campo psicossocial, pode se envolver em diversas actividades, tais como a visita domiciliária, a coordenação de grupos de pacientes em oficinas e outros temas “ (Giacon e Gallera, 2006, p.290).

Sabe-se que o enfermeiro presta cuidados de enfermagem em serviços específicos, ele consegue conceder desde dos cuidados primária até aos terciários aos doentes e aos seus familiares. Dessa forma pode-se dizer que ele ajuda na melhor aceitação da doença, na forma como essa deve ser tratada, quais os recursos disponíveis e ainda na possibilidade de recuperação da vida social do individuo e, numa reabilitação mais acelerada e com qualidade. Porque este desenvolve as suas acções pensando na melhoria da qualidade de vida do doente e da sua família.

Falando essencialmente de o cuidar é pertinente neste trabalho referenciar um autor muito importante nessa temática, que é o Watson. Este afirma que:

“O cuidar é visto como o ideal moral da enfermagem consiste em tentativas transpessoais de humano para humano, para proteger, aumentar e preservar a humanidade, ajudando a pessoa a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência; Para ajudar o outro a ganhar autoconhecimento, controlo e auto restabelecimento no qual um sentido de harmonia interior é restituído, apesar das circunstâncias externas” (Watson, 2002, p.55).

Nessa mesma linha de pensamentos Pacheco (2002, p33) afirma que “cuidar é um verdadeiro encontro com o outro, é estar inteiramente para o outro numa relação de proximidade e de ajuda, caracterizada pela abertura, pela compreensão e pela confiança”.

De acordo com Colliere (1999, p. 233) “ cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprio, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar toda a pessoa temporária ou definitivo”.

Vieira (2009, p.66), também partilha da mesma ideia dizendo que: “O cuidar designa todas as acções desenvolvidas para se ocupar de alguém, dedicando-se especial atenção ao outro com vista a recuperação do seu bem-estar e promoção de saúde.

Das afirmações desses autores pode-se dizer que o doente deve ser visto como um todo que precisa de um cuidado essencial. Cuidar da pessoa é vê-la como um fim e não um meio para atingir um determinado fim. Isso acaba por exigir que o enfermeiro seja sensível aos sentimentos da outra pessoa, demonstra atenção, afecto, respeito interesse pelo seu

bem-estar, compreensão e consideração. Este ao fazer o seu trabalho de fazê-lo de forma mais humana possível, deve ter capacidade de saber escutar, compreender, entender e ajudar o doente e quem esta ao seu redor.

Para complementar a importância do cuidar em enfermagem Watson (1979, p.34) propôs uma filosofia e uma ciência de cuidados, identificando 10 factores de cuidados de enfermagem:

1. Formação de um sistema de valores humanistas-altruísta;
2. Instilação da fé e a esperança;
3. Cultivo da sensibilidade perante si mesmo e perante os outros;
4. Desenvolvimento de uma relação de ajuda - confiança;
5. Promoção da aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos;
6. Utilização sistemática do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisão
7. Promoção do ensino-aprendizagem interpessoal;
8. Fornecimento de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual de auxílio, protecção ou correcção;
9. Assistência na satisfação das necessidades humanas
10. Aceitação das forças existenciais -fenomenológicas.

Não só o Watson também outros autores referenciaram a importância dos cuidados. Favrod e Marie (2012, p.16) afirmam que os cuidados vão procurar se desenvolver através da construção da aliança terapêutica que consiste em:

- Encontrar o doente enquanto pessoa na sua integralidade, numa relação de colaboração através do qual procuramos em conjunto soluções para os problemas presentes;
- Utilizar a escuta activa e uma atitude empática centrada sobre o que vive a pessoa;
- Mostrar-se caloroso e interessado em reencontrar a pessoa;
- Manter-se igual a si mesmo ou ser autentico, isto é estar a vontade com a pessoa e com as emoções que ela gere em nós;
- Manter-se profissional, isto é numa relação onde o interveniente tem um estatuto profissional, um enquadramento codificado por leis regulamentos e uma ética e que oferece serviços e competências numa relação;
- O enfermeiro é responsável pelo acompanhamento do paciente a longo prazo e deve para tal assumir um certo número de funções essenciais tais como o acesso ao envolvimento de cuidados, os estabelecimento de uma relação terapêutica e de um

acompanhamento ao longo prazo, a avaliação da pessoa, a planificação dos cuidados e dos serviços necessários, a coordenação dos cuidados e dos serviços, a verificação que estes serviços foram fornecidos, lutar para uma boa melhoria assegurando as intervenções para tal.

As pessoas que sofrem de esquizofrenia necessitam de uma intervenção *case-management*, foi observado que esta intervenção não é adoptada no serviço de Psiquiatria, seria muito importante para o bem dos próprios doentes, como também para com os enfermeiros de serviço, isto faria com que os próprios enfermeiros reconhecessem os doentes e a sua doença, ou que ajudaria nas primeiras fases do processo de recuperação face aos cuidados de enfermagem para com o doente.

Barbalat (2009 Apud Favrod. e Maire 2012, p.2) reflecte na sua obra alguns métodos capazes de comprovar o efeito para melhorar a qualidade de vida do doente esquizofrénico juntamente com os profissionais de saúde enfermeiros e médicos na área da psiquiatria através de:

- Recurso a programas de reforço positivo (fichas de recompensa) que visam modificar a passividade do paciente asilar;
- Desenvolvimento das habilidades sociais que visam a reintegração do paciente na comunidade e a diminuição da rejeição e do estigma, prevenindo as recaídas;
- Terapia familiar que permite ao paciente e a sua família conservar a esperança, porque compreendem melhor a perturbação e ficam mais aptos para resolver em conjunto os problemas do dia-a-dia, evitando as recaídas e favorecendo a manutenção do paciente no seu meio;
- Terapia cognitiva que procura modificar as interpretações disfuncionais da realidade;
- Remediação cognitiva através de programas combinados com um enfoque nos processos disfuncionais do pensamento lógico. Os pacientes são estimulados a trabalhar a memória da fonte, esta memória permite saber quem é o autor de uma acção, lembrar-nos da origem de uma informação verbal, visual, sonora, textual.

Na perspectiva de Carvalho (2005, p.54):

“Os cuidados de enfermagem baseiam-se numa visão holística do ser humano, ou seja baseia-se na relação permanente com o outro passa pelo toque comunicação e cuidado físico. Estes aspectos são fundamentais para a relação enfermeiro-doente pois com estes pequenos gestos consegue-se criar uma relação muito próxima”.

Isto é, o doente deve ser visto como um todo com as suas necessidades tanto fisiológico, psicológico e social, ao cuidar do doente o enfermeiro deve avaliá-lo cuidadosamente para poder satisfazer todas as suas necessidades afectadas.

Watson (2002, p.39) afirma que: “a enfermagem é a profissão que tem uma responsabilidade ética e social, tanto para o indivíduo como para a sociedade, para ser responsável pelo cuidar e estar na vanguarda das necessidades de cuidados da sociedade no presente e no futuro”. Este mesmo autor “coloca o doente no centro das atenções da profissão da enfermagem e faz com que a enfermagem seja realizada com uma concepção de cuidados que se orienta tanto para o cuidar humano como para o cuidar técnico e científico”.

Na prática de enfermagem o cuidar não implica apenas fazer, mas sim capacitar o doente mediante as suas dificuldades e necessidades a ser o mais autónomo possível, e apesar de ser vulnerável, por não conseguir satisfazer todas as suas necessidades, é necessário fazê-lo tentar, ou seja encorajá-lo, e quando o enfermeiro sente preocupado com o doente, isto irá permitir que ele procure soluções e novas alternativas para ajudá-lo na sua recuperação.

Segundo Rodrigues (2003, p.97) “a enfermagem vê as novas abordagens centradas na pessoa e no que a rodeia, vê a pessoa como um ser bio-psico-social, cultural e espiritual (visão holística) e visa através dos cuidados que presta “sobretudo o bem estar do doente”.

Similarmente Martires (2003, p.3) afirma que: “a pessoa deve ser entendida numa dimensão holística, emergindo duas premissas básicas: a pessoa reage sempre como um todo, é diferente de e mais do que a soma das partes”.

Pois pode-se dizer que os cuidados de enfermagem são procedimentos técnicos no qual apresenta um papel indispensável no cuidado, principalmente se for usado com humanização, tratar o doente como um ser único, capaz e com dignidade, só assim esse cuidado poderá adquirir um suporte e uma bagagem eficaz para intervir nas prestações dos cuidados.

Convém acrescentar que actualmente os cuidados de enfermagem adoptam uma visão de humanização em relação ao doente, e é neste sentido que Hesbeen (1997, p.69) afirma que:

“Os cuidados de enfermagem traduzem-se na atenção particular prestada por uma enfermeira ou enfermeiro a uma pessoa ou aos seus familiares com vista a ajudá-los na sua situação. Engloba tudo o que os profissionais fazem, dentro das

suas competências, para prestar cuidados às pessoas. Pela sua natureza, permite oferecer suportes de práticas de enfermagem que contribuem para a serenidade às pessoas através de conforto, doçura, calor e a atenção dispensada”.

Pois, como enfatiza Bednar (2001, p.8), “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”. Neste contexto, procura-se:

- Ao longo de todo o seu ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação;
- Satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima dependência na realização das actividades da vida;
- A adaptação funcional aos défices e á adaptação á múltiplos factores frequentemente através de processos de aprendizagem do doente.

O enfermeiro deve adoptar todos esses conhecimentos de modo a garantir melhor assistência aos que dele precisam e dependem.

Por este motivo, que o enfermeiro psiquiátrico como prestador de cuidados tem uma função essencial, oferecendo a sua maior dedicação, tendo em vista as necessidades dos doentes, independentemente do estado de saúde do doente e da sua patologia físico ou mental. Os doentes/familiares depositam a sua maior confiança nele, e isto irá permitir que o profissional desempenha de forma mais adequada os seus cuidados.

2.2. A Função do Enfermeiro no Cuidado ao Doente Esquizofrénico

Como referenciado ao longo do trabalho o enfermeiro tem uma função primordial na recuperação do bem-estar do doente, é o profissional que está mais tempo com o doente e com a sua família, isto é, passa maior parte do seu tempo com o doente conhece as necessidades do mesmo e sabe se está ou não a ter evolução positiva do tratamento, tem função central na equipa, mais próximo, realiza diversas actividades como: prestação dos cuidados, diversos procedimentos, educação para saúde, gestão no serviço onde se encontra entre outros, explica ao doente toda as intervenções, e a necessidade de fazer adequadamente o tratamento. O enfermeiro é o advogado do doente e apoia o sempre.

Tomey e Alligood (2002, p.118) mostram que “a enfermeira cujo principal papel é ser a fornecedora directa de cuidados ao doente, e irá encontrar uma recompensa imediata para a passagem da dependência para a independência do doente”.

Ainda afirmam que “Henderson declarou que a enfermeira irá entrar na pele do doente, que enquanto a enfermagem for o único serviço disponível numa base de 24 horas, 7 dias por semana, a função da apreciação da enfermeira é indisputável” (*Ibidem*).

Stuart e Laraia (2001, p.34) afirmam que:

“A enfermeira vai fazer coisas para com o doente ou podem-se enfatizar relações participativas, para que a enfermeira venha a desenvolver coisas com o doente como parte integrante numa agenda de trabalhos a serem realizados para atingir uma determinada meta que é a saúde. E é provável que o processo de enfermagem seja educativo e terapêutico quando a enfermeira e o doente podem vir a conhecer e respeitar um ao outro como pessoas semelhantes e no entanto diferentes como pessoas que participam em comum da resolução de problemas”.

Segundo Madeiros (2010, p.403) “o enfermeiro tem que promover um bom acolhimento de forma a proporcionar conforto, confiança e segurança do meio envolvente, e zelar pelo bem-estar do doente, tentar acolher, escutar e dar uma resposta positiva”. Este mesmo autor afirma que “o acolhimento na humanização entre os profissionais e os usuários produz uma relação de escuta e responsabilidade constituindo vínculos e compromissos entre eles.”

Um outro aspecto essencial a referenciar-se é a forma e a capacidade de colocar-se no lugar do outro e de conhecer o que realmente a pessoa passa perante tal situação, pois empatia faz parte das funções do enfermeiro (*Ibidem*).

Este é um factor importante no que tange a relação enfermeiro doente e na prestação de cuidados humanizados, pois segundo Ferreira, Pontes e Ferreira (2009, p.264) “a empatia exige que o enfermeiro compreenda o que o outro está a sentir, que se coloca no seu lugar, sendo uma característica importante de compreender os outros”.

Isso está completamente relacionado aos sentimentos de confiança, ao respeito mútuo à ligação emocional e no relacionamento terapêutico. Aqui é pertinente realçar um outro factor que ajuda e muito no desenvolvimento desse contacto com o doente que é a comunicação, pois é a base para o desenvolvimento do processo de enfermagem garante uma interacção, permite uma melhor assistência e um cuidado mais humanizado e competente.

Adequa ainda acrescentar que a comunicação é uma competência diária do enfermeiro, sendo um factor muito importante, no desempenho das suas funções, e para haver uma boa comunicação é necessário identificar as barreiras que impedem de haver troca, trabalha-las, e implementa-las no dia –a –dia, esta é uma capacidade que deve-se desenvolver como enfermeiros, uma vez que ela é o instrumento básico do trabalho, visando uma assistência de excelência e garantindo melhor qualidade .

Pois segundo Virgínia Henderson (2007, p.8):

“A compreensão completa entre dois seres humanos nunca é alcançada, mesmo numa relação mais próxima. No entanto, a capacidade de se sentir mais próxima de um doente é característica das melhores enfermeiras isso quer dizer que é nesse contexto que se incute a responsabilidade do profissional de saúde, em transmitir informações tanto para o doente como para a família, sobre a sua actual patologia, informações estas que devem ser simples, compreensíveis, respeitosas e suficientes para que estes possam compreender o estado da pessoa doente e isto facilita a papel da humanização dos cuidados do enfermeiro”.

Pois, “como elemento importante da satisfação dos clientes, relacionada com os processos de prestação de cuidados de enfermagem, temos o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente” (Ordem dos enfermeiros, 2001, p.11).

O respeito pelos doentes é essencial para o desempenho das funções do profissional de saúde, independentemente da natureza do doente, da raça da cor, a discriminação, juízo de valores não devem permanecer no ambiente hospitalar nem nos cuidados prestados pelo enfermeiro, e este poderá desempenhar a sua função só quando consegue ver a pessoa como um ser único e igual a qualquer membro da sua família, com a sua dignidade própria.

Pinto (2003, p.56) afirma que:

“Atendendo à pessoa como ser único e ao facto do enfermeiro ter necessariamente que se relacionar com ela quando a cuida, o respeito em enfermagem é considerado um princípio ético fundamental. Deve então estar na origem, ser a matéria constitutiva e uma regra de base que se fundamenta num valor constituindo um modelo para uma acção. O enfermeiro só poderá respeitar os outros na medida em que se respeita a si próprio, uma vez que o respeito por nós é a base do respeito pelos outros. Só seremos capazes de aceitar o doente, tal como ele é, como ser único, com diferenças muito próprias, quando nos reconhecemos a nós próprios e nos aceitamos, tal como somos, na nossa individualidade. O respeito passa entre outras coisas, pela afirmação do Eu verdadeiro, pela tomada de consciência de si próprio e pela afirmação dos seus direitos como pessoa”.

Peplau (1952 Apud Townsend, 2009, p.91) identificou vários sub papéis na Função de enfermagem:

- **Estranha:** Peplau declara que pelo facto de a enfermeira e o doente serem estranhos, a enfermeira deve tratar o doente com a cortesia comum, por outras palavras, a enfermeira não deve prejudicar, mas aceita-lo como pessoa. Durante esta fase não pessoal, a enfermeira deve tratar o doente como sendo emocionalmente capaz, prova em contrário.
- **Pessoa de recurso:** A enfermeira fornece respostas específicas às questões, especialmente informações sobre a saúde, e explica ao doente o tratamento ou plano de cuidados médicos, a enfermeira determina qual o tipo de resposta adequado a

aprendizagem construtiva, tanto dando respostas factuais claras como prestando aconselhamento.

- **Professora:** O papel de professora é uma combinação de todos os papéis e procede sempre daquilo que o doente sabe e desenvolve o seu interesse em querer e da capacidade de usar informação. Este conceito de aprendizagem, usado no papel da professora, e sobrepõem-se ao papel de enfermeira conselheira, porque a enfermeira transporta o conceito de aprendizagem através das técnicas psicoterapêuticas.
- **Líder:** O papel de líder envolve o processo democrático. A enfermeira ajuda o doente a cumprir as tarefas através de uma relação de cooperação e da participação activa.
- **Substituta:** O doente coloca a enfermeira no papel da substituta. As formas de estar e os comportamentos das enfermeiras criam modelações de sentimento no doente que reactivam os sentimentos gerados numa relação anterior. A função da enfermeira é de ajudar o doente e reconhecer as semelhanças entre a enfermeira e a pessoa de quem o doente se lembra, a enfermeira ajuda então o doente a ver as diferenças entre o papel da enfermeira e o da pessoa que o doente recorda, nesta fase doente e enfermeira definem áreas de dependência, independência e interdependência.
- **Conselheira:** Peplau acredita que o papel de aconselhamento tem maior ênfase na enfermagem psiquiátrica, o aconselhamento na relação enfermeira-doente funciona pela forma como as enfermeiras respondem aos pedidos dos doentes, ele ainda diz que o propósito das técnicas interpessoais é ajudar o doente a lembrar e a compreender totalmente o que lhe está a acontecer na situação actual, de modo a que a experiência possa ser integrada em vez de dissociada de outras experiências de vida.

Portanto Townsend (2009, p.91) identificou quatro fases da relação enfermeiro - doente:

- 1) Orientação
- 2) Identificação
- 3) Exploração
- 4) Resolução

Segundo Giacon e Galera (2006, p.2):

“Muitas fontes definem a enfermeira terapêutica como sendo formada em enfermagem psiquiátrica de saúde mental. Ela desenvolve habilidades por experiências educacionais intensivas supervisionadas para proporcionar uma terapia útil individual, de grupo ou de família. As relações terapêuticas são orientadas por metas, idealmente a enfermeira e o doente decidem juntos qual vai ser a meta da relação, mas comumente a meta é dirigida ao aprendizado e a promoção do crescimento, numa tentativa de ocasionar algum tipo de alteração da

vida do cliente. Em geral a meta de uma relação terapêutica pode basear-se num modelo de resolução de problemas, o cliente vai demonstrar estratégias de ajustes mais adaptativas para lidar com a situação, sabendo identificar o que poderá estar incomodando o doente, encorajar o doente a discutir as alterações que gostaria de fazer, discutir estratégias alternativas para criar alterações que o cliente desejar, ajudar os doentes a seleccionar uma alternativa”.

Pois segundo este autor é dever e função do enfermeiro e do psicólogo desenvolver habilidades da terapêutica na psiquiatria, como a terapia individual, de grupo e familiar, em que serão testadas as experiências dos doentes, supervisionadas pelos enfermeiros.

O enfermeiro tem uma função preponderante no tratamento da esquizofrenia passando pela aplicação de uma abordagem farmacológica, psicológica e social. Segundo Afonso (2002, p.62) “devido á cronocidade da doença, torna-se necessário elaborar um projecto de tratamento e de reabilitação a longo prazo. Estando sempre inerente a terapêutica farmacológica”. Este ainda diz que: “nas abordagens psicológicas tenta-se combinar as psicoterapias individuais com os grupos terapêuticos relativamente ao aspecto social, a reintegração na sociedade é aqui o factor preponderante” (*Ibidem*).

Segundo Zanini (2000,p.47) são 10 os grandes objectivos da psicoterapia com a pessoa com esquizofrenia:

- Oferecer continência e suporte.
- Oferecer informações sobre a doença e formas de lidar com ela.
- Restabelecer o contacto com a realidade. O paciente deve ser capaz de reconhecer experiências reais e diferenciá-las das alucinatórias ou delirantes.
- Integrar a experiência psicótica no contexto de vida do paciente, ou seja, dar um sentido à experiência psicótica.
- Identificar factores stressantes e instrumentalizar o paciente a lidar com as diversas situações da vida.
- Desenvolver maior capacidade de diferenciar, reconhecer e lidar com diferentes sensações e sentimentos.
- Crescimento emocional associado à mudança nos padrões de comportamento, resultando numa melhoria na qualidade de vida e na adaptação social fora do setting terapêutico.
- Conquista de maior autonomia e independência. Aumentando-se a capacidade de gerir a própria vida, melhora-se também a auto-estima.

- Diminuição do isolamento. Outro sintoma proeminente nos pacientes esquizofrénicos é o autismo.
- Observação dos pacientes. Pode-se observar, durante o processo psicoterapêutico, o funcionamento e o comportamento dos pacientes - de esquiva, de inibição, de desconfiança ou de inadequação - como também, a presença de sintomas psicopatológicos - delírios, alucinações, auto-referência, depressão, entre outros.

2.3. Intervenções e Diagnóstico de Enfermagem ao Doente Esquizofrénico

De acordo com as intervenções de enfermagem, preconizadas para o diagnóstico de enfermagem para doente esquizofrénico foi eleita algumas, que mais se apropriam a essa situação específica que foi abordada nesse trabalho com referência ao serviço de SM.

A escolha do primeiro diagnóstico deu-se pelo facto de haver necessidade de mais interacções por parte dos familiares para com o doente, e a nível social devido a preconceitos relacionado com a patologia do doente, sendo que esta intervenção irá fazer com que o tempo de internamento seja menor, criando expectativas e interesse do doente perante a sua família e a sociedade.

Quanto ao segundo diagnóstico a informação é um factor extremamente importante, procurando haver maior adesão e aceitação da doença em si por parte da família e o próprio doente, procurando assim soluções conjuntas para promover e ajudar na melhoria da sua doença.

Quanto ao último diagnóstico, irá estimular e proporcionar ao doente conhecimentos acerca do seu tratamento, mostrando-o o porquê da sua utilidade e as vantagens que traz para o próprio doente e sua família.

Segundo Bulechek, G.H., & Dochterman, J. (2010,p. 12) entende-se por intervenção de enfermagem “uma acção realizada por um enfermeiro em resposta a um diagnóstico de enfermagem e que tem potencial para facilitar os processos de transição que a pessoa vivencia numa situação de saúde/doença”, ele ainda afirma que “quer seja pela via da redução dos sinais/sintomas, quer pela via da capacitação da pessoa para lidar com a situação”.

Ainda este outro autor Dochterman, J. (2008,p.43) diz que “o objectivo principal da intervenção de enfermagem é despertar o interesse do esquizofrénico pela vida, uma vida digna e de participação no seu meio familiar e social, apesar da doença”. Ele ressalta que “é importante valorizar e incentivar os pacientes a participarem do seu tratamento, para que as chances de adesão ao tratamento possam ser maiores”.

Intervenções de Enfermagem de acordo aos seguintes diagnósticos de enfermagem:

1. Deficit de interações sociais e familiares relacionados com a falta de vontade de relacionar-se socialmente.

➤ **Objectivo:** Diminuir o isolamento e despertar o interesse do paciente

➤ **Acções de Enfermagem:**

- Iniciar uma relação individualizada e de confiança com o paciente, fazendo uma aproximação directa e individual;
- Iniciar o relacionamento com conversas breves e frequentes, aumentando gradualmente o tempo de permanência juntos;
- Falar lentamente, não o obrigando a falar;
- Estabelecer com o doente uma relação empática de modo a que o doente verbalize os seus sentimentos e frustrações, se ele for capaz;
- Ouvir o doente e mostrar-se disponível;
- Acompanhar o doente nos primeiros contactos, diminuindo-lhe a ansiedade, fornecendo-lhe confiança;
- Reforçar positivamente qualquer progresso observado.

2. Falta de conhecimento com relação à patologia.

➤ **Objectivo:** Educação em saúde e assim proporcionar conhecimento sobre a patologia ao paciente e/ou à sua família.

➤ **Acções de enfermagem:**

- Orientar ao paciente e/ou sua família sobre a patologia e seu tratamento;
- Orientar quanto aos primeiros sinais de reaparecimento dos sintomas e o que deve ser feito;
- Orientar sobre quando procurar o serviço médico novamente.

3. Falta de adesão ao tratamento, relacionada à desistência da terapia farmacológica.

➤ **Objectivo:** proporcionar ao paciente conhecimentos relacionados ao tratamento.

➤ **Acções de enfermagem:**

- Informar ao paciente e/ou família sobre os horários de tomar a medicação;
- Mostrar ao paciente e/ou família quais os medicamentos a serem tomados, especificando os respectivos nomes;
- Orientar ao paciente e/ou sua família, que a desistência do tratamento acarreta o reaparecimento dos sintomas. Bulechek, G.et al (2010,p. 12)

Estas intervenções de enfermagem são favorável para um bom prognóstico e melhoria do doente, a melhor assistência deve ser feita individualizada e humanizada, auxiliando o doente como um ser único, respeitando as suas necessidades biopsicossociais.

2.3.1. Humanização dos Cuidados de Enfermagem Prestados ao Doente Esquizofrénico

Tendo em conta a temática deste trabalho convém salientar a importância da humanização de cuidados em enfermagem, pois possui muitas vantagens no processo de bem-estar do doente facilita na sua recuperação proporcionando melhor qualidade de vida.

No contexto deste trabalho é essencial definir dois conceitos pertinentes a humanização e humanizar. “A humanização é referida como acção ou efeito de humanizar. E humanizar é caracterizado como o acto de “tornar humano, tornar sociável, e tornar-se mais compassivo” (Clayton, 2000, p.65).

De acordo com Bazon (2009 Apud Silveira, 2009, p.63):

“A humanização é a principal característica de uma administração eficaz e deve ser vista como objectivo primordial de qualquer profissional prestador de serviços em saúde. O foco dessa filosofia é o bem-estar físico, psíquico, social e moral.” Como se pode comprovar este conceito enfatiza o papel de humanização dos serviços de saúde”.

Pois é de evidenciar que o bem-estar físico a apresentação mental da condição do indivíduo é variável de acordo com o tempo, e os dos enfermeiros é maior ainda, daí que eles têm que estar preparados físico e psicologicamente para cada momento em que o doente pode estar desorganizado, é nesta fase que o profissional irá testar e desempenhar os seus potenciais de humanização dos cuidados para com os doentes.

Depois da abordagem feita pelos autores é de salientar que este processo de humanização implica o envolvimento dos profissionais de saúde para com o doente, conseguindo cuidar do doente, só quando este sair da sua própria natureza física e consciencializar-se da natureza do doente e deste modo tentar ajudá-lo independentemente do seu espaço ou da situação em que ele se encontra.

De acordo com Onias (2013, p.5):

“A humanização requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que orientam a prática profissional, pressupondo um tratamento digno, cuidadoso, solidário e acolhedor por parte dos profissionais de saúde ao seu principal objecto de trabalho – o doente/ser fragilizado uma nova postura ética que permeia todas as actividades profissionais e processos de trabalho institucional”.

Além disso é preciso realçar que o profissional seja uma pessoa, com espírito de ajuda tratando os doentes como se fossem alguém da sua família, que possa estar precisando deles, de modo a garantir melhores cuidados humanizados para com estes doentes, uma vez que, na maioria dos casos estes vêm de famílias numerosas sem condições financeiras, e necessitando por vezes de carinho afecto, respeito e dignidade humana.

Pois para Moretto (2007, p.24):

“O processo de humanização deve ser orientado pelos seguintes valores: autonomia, co-responsabilidade, protagonismo dos sujeitos envolvidos, solidariedade entre os vínculos estabelecidos, respeito aos direitos dos usuários e participação colectiva no processo da gestão”.

É necessário que a humanização seja implantada em todo e qualquer tipo de instituição que prestam serviços de enfermagem uma vez que actua como método de suavizar a dor e o sofrimento dos utentes que encontram vulneráveis, e susceptíveis a piorar o diagnóstico clínico, criando condições materiais, físicas e psíquicas para cuidar do utente/família/comunidade, proporcionando-lhes segurança e confiança de modo a reduzir o tempo do internamento do utente.

Nesta linha de pensamento Germano (2003, p.107) afirma que “ o enfermeiro humanizado é aquele que presta cuidados de forma a incorporar confiança, segurança e respeito nas relações profissionais e terapêuticas, e com capacidade de colocar no lugar do outro”. E ainda este mesmo autor afirma que “ o enfermeiro sendo responsável pela humanização de cuidados de enfermagem, assuma o dever de dar quando presta cuidados, atenção a pessoa com uma totalidade única inserida na família ou na comunidade”.

Segundo Ballone (2008, p.345) o enfermeiro deve desenvolver as seguintes características no processo de humanização de cuidados em enfermagem:

- Aprimorar o conhecimento Técnico científico;
- Aliviar sempre que possível a dor e atender as queixas físicas e emocionais do doente;

- Oferecer informações sobre a patologia e o modo de tratamento;
- Respeitar o modo e a qualidade de vida do doente;
- Respeitar a privacidade.

Nesta perspectiva objectiva-se que há necessidade de uma formação e mais conhecimentos técnicos e científicos nesta área, de modo que possam satisfazer as necessidades do doente.

Pinto (2003, p.12) ressalta que “o respeito é encontrado na literatura relativa a ética e valores humanos, onde é considerado um princípio ético primário”.

Geralmente, o respeito e a humanização são ressaltados como preocupações fundamentais dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros. No entanto, no que concerne ao atendimento a saúde, nem sempre esses conceitos são colocados em prática no dia-a-dia nos serviços hospitalares. Podendo constatar-se que é por isso que muitos doentes vivem do medo, das precauções, da apatia, da banalização da dor, quando se encontram numa instituição hospitalar, porque muitos dos profissionais de saúde ainda não estão bem cientes do significado da palavra Humanização. Nos hospitais, ou até mesmo fora dela, muitas vezes os doentes demonstram a total indignação com o atendimento de péssima qualidade e a falta de humanização frente aos cuidados recebidos.

Watson (2008, p.52) declara que “a enfermagem e os cuidados de saúde de qualidade, exige hoje em dia um respeito humanista pela unidade funcional do ser humano (...) o fenómeno de saúde /doença tem de ser abordado a partir de uma base conceptual ampla”.

Deste modo Pacheco (2004, p.57) explica que “o ser humano pelo simples facto de existir, é detentor de uma dignidade construtiva e inviolável e merece todo o respeito que não diminuem e nem desaparecem quando está doente”.

Assim, Vieira, Collet e Oliveira (2006, p.286) enfatizam que:

“A humanização é um processo amplo, demorada e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança e resistência por parte dos profissionais de saúde e da instituição em si”. Portanto, do nosso ponto de vista, o ato de humanizar não depende apenas do enfermeiro em si, mas também de uma série de implicações, tais como o tipo de estrutura hospitalar; as crenças religiões e demais aspectos pessoais do utente a ser tratado, entre outros aspectos importantes”.

Pois é de salientar que o processo de Humanização não pode se caminhar sozinho, sem os demais recursos que o acarretam, para que possa haver bons cuidados humanizados, e sem deixar de falar que este processo implica custos, no qual seria destinado, a construção do espaço, ou da estrutura onde se pretende exercer o cargo

profissional, não só também mas os recursos matérias, e os próprios recursos humanos, necessidade de mais formação, para os profissionais e necessidade de mais mão-de-obra local.

Para Rafael (1994,p.23) “a maior parte das vezes os profissionais são em número insuficientes nos locais de trabalho”.

Neves (2005,p. 23) afirma quando diz que “o deficiente ratio de enfermeiros existentes nalgumas situações é um dos factores condicionantes da humanização de cuidados de excelência“. “Outro factor condicionante é o espaço físico que é considerado como condicionante para a humanização de cuidados de enfermagem”.

Coutinho (2006,p. 20). Este mesmo autor salienta “a importância das condições físicas, organizacionais e estruturais para permitir uma prestação de cuidados de excelência, sendo também indispensável as condições de conforto de higiene de segurança e bem como um ambiente que garante segurança”

Para Coutinho (2005,p. 40) o:

“Reconhecemos que a actualização e competência técnico-profissional são sem dúvida importantes mas insuficiente. É necessário um verdadeiro ambiente humano e humanizante que passa pela capacidade de estabelecer relações com os colegas, com os profissionais de saúde e com o cliente/família”.

O enfermeiro que presta cuidados humanizados têm de saber estar num equilíbrio entre cuidar e ser cuidado. Este deve ser capaz de aprender e desenvolver conhecimentos que contribuam para a sua auto consciencialização, saber os seus limites e percepção das suas acções. Nesta óptica, convém realçar que:

“Nas acções de humanização procura-se resgatar o respeito a vida humana envolvendo um vínculo entre quem cuida e quem é cuidado, o acto de cuidar é perceber o todo, é enxergar de uma forma global, criativa e criadora, introduzindo cada vez mais o acto de viver no acto de cuidar “ (Silva, 2007, p.15).

Um dos objectivos maiores no processo da Humanização dos cuidados é o empenho a dedicação própria, e o trabalho em equipa, isto sim pode garantir que o profissional de saúde desempenha bons cuidados para com o doente, seja para o serviço de SM, seja para qualquer outro serviço de atendimento, e para isso é sempre necessário mais formações nesta área de humanização de cuidados, de modo a satisfazer as necessidades dos doentes ou qualquer outra pessoa que necessita dela, e sendo a enfermagem uma área que tem apostado muito como profissão, convém então investigar e aprofundar mais acerca desta temática que tem vindo a ser trabalhar.

Rafael (1994,p. 39) afirma que “ ter responsabilidade para ouvir os outros e compartilhar as suas preocupações e angústias, procurando minimiza-las são atitudes que cabem dentro do conceito de humanização”.

De modo a finalizar este tema, frisa-se dois aspectos importantes na prestação dos cuidados humanizados. Deste modo surge Pereira (2006,p. 118) afirmando que:

“Compreende-se que são responsáveis pela humanização não apenas os profissionais especializados, mas também auxiliares, Médicos, recepcionistas porteiros e mesmo os doentes são responsáveis pela humanização de saúde na sua forma de relacionamento”.

Desta forma apercebe-se que a humanização deve ser entendida por todos os membros que constituem e utilizam os serviços de saúde.

Neves (2005,p. 14) afirma que “não se pode pensar em prestar cuidados humanizados sem investir com seriedade na sua própria humanização”. E como ressalta Cabral (2001,p. 17) “ Humanização gere Humanização”.

Neste contexto torna-se relevante frisar a comunicação terapêutica como factor primordial na prestação dos cuidados, pois sem essa interacção não será possível a implementação das funções dos enfermeiros no que se refere ao cuidar do doente.

Para o desenvolvimento de qualquer tipo de intervenção de enfermagem é necessário estabelecer uma comunicação de modo a facilitar a implementação dos cuidados deste modo torna-se pertinente abordar a comunicação terapêutica como estratégia para proporcionar uma boa prática na humanização de cuidados.

3. Estratégias para o tratamento da esquizofrenia

Apresenta-se como estratégia para o tratamento da esquizofrenia a comunicação terapêutica e a abordagem familiar ao doente esquizofrénico, visto que são factores extremamente importantes para a implementação do processo de humanização visando a melhoria da qualidade de vida do doente esquizofrénico.

3.1. Comunicação Terapêutica

A comunicação, segundo Phaneuf (2001, p.152) “pode então diferir como um processo de troca, de partilha de informações e de sentimentos, que se desenrola num clima de abertura entre duas pessoas que se exprimem uma linguagem verbal e não-verbal”.

É neste sentido que Sorensen e Luckmann (1998, p.534) afirmam que “ a comunicação verbal é o uso de palavras para comunicar mensagens. Este tipo de

comunicação é conseguido através da escrita ou da palavra falada num código mutuamente compreendido entre o emissor e receptor”.

Baseada na autora Phaneuf (2005, p.23):

“A comunicação é um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite de maneira consciente e inconsciente. Pelo comportamento verbal e não-verbal, e deste modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Crítico, ético e holístico, envolve o reconhecimento da importância da comunicação no campo das relações interpessoais”.

É necessário o conhecimento dos mecanismos de comunicação pelos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, facilita e muito, o desempenho das suas funções, bem como, a melhoria do relacionamento profissional de saúde-doente. Assim, o enfermeiro deve conhecer as técnicas de comunicação, de forma que na prática relacional com os utentes aplique essas mesmas técnicas, estabelecendo uma comunicação efectiva e terapêutica.

Para a enfermagem, desde o primeiro contacto com o doente na psiquiatria, quando se procura conhecer as suas necessidades, até a implementação do plano de cuidado e a avaliação, a comunicação é a estratégia que permite partilhar com a pessoa os seus pensamentos, a sua maneira de agir e a sua forma de pensar. Daí a importância de conhecer a influência que se exercer sobre a pessoa assistida na medida que se estabelece um relacionamento.

Segundo Bolander (1998, p.87):

“Os que utilizam as competências de comunicação verbal e não-verbal quando interagem com o utente, familiares e pessoas significativas, salientando que estas competências comunicacionais são cruciais para a execução bem-sucedida dos cuidados de enfermagem”.

As técnicas de comunicação terapêutica podem aparecer fácil e simples, mas são difíceis e exigem muita prática, para isso o profissional deve estar apto para poder desenvolvê-los. Com isso é necessário que haja uma boa interacção entre o profissional e o doente. A escuta activa é um processo muito importante nessa interacção. visto que a escuta é essencial para o entendimento do doente e é a base para a implementação das técnicas de comunicação.

Segundo Chalifour (2008, p.18) é necessário:

“Criar condições físicas que permitam entender claramente o que é dito; esta disponível intelectualmente e afectivamente para entender o que é dito, estar atenta á linguagem não-verbal; evitar focalizar-se unicamente no que lhe interessa, ou seja, não ser selectivo na escuta e dar-se tempo para entender o que foi dito antes de falar”.

Na perspectiva de Phaneuf (2005, p.55) a comunicação não-verbal “é uma troca sem palavras, que cobre um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos que transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas e contribuem para o seu significado”.

Para Stefanelli (2005, p.112):

“A linguagem não-verbal envolve o corpo com as suas qualidades fisiológicas, físicas e gestuais. A comunicação **não-verbal** tem destaques expressivos nos processos de interacção, sendo definida como toda a forma de expressão que não inclui só palavras, como a expressão facial, gestos, postura corporal, a relação de distância mantida do outro. Os sinais não-verbais podem complementar a comunicação verbal, reforçando o que foi expresso verbalmente, substituir a fala, contradizer a mensagem emitida por palavras, ou ainda, demonstrando sentimentos, emoções, em especial pelas expressões faciais”.

Conforme Sorensen e Luckmann (1998, p.531) “também dentro da comunicação não-verbal encontra a linguagem corporal que se manifesta através do modo como movemos o nosso corpo ou partes deles como nos apresentamos ao mundo e como fazemos uso do espaço pessoal que nos rodeia”.

Ainda Phaneuf (2005, p.105) acrescenta que “a comunicação não-verbal é a forma que tomam as nossas trocas, quando fazemos intervir a palavra. É um arranjo de palavras-símbolos que dá sentido ao que queremos exprimir”.

O profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro psiquiátrico, tem de saber avaliar as consequências dos seus gestos e das palavras dirigidas ao doente, de analisar qual o efeito destas palavras e gestos sobre os doentes, para que a relação não aflija dignidade e prejudica a recuperação dos doentes. As palavras podem ser escolhidas, e de certo modo controladas antes de serem pronunciadas.

Para Townsed (2002, p.366):

“O processo interpessoal da comunicação terapêutica na psiquiatria é operacionalmente definido em quatro fases distintas: orientação, identificação, exploração e solução. Estas fases podem ser correlacionais com as etapas tradicionais do processo de enfermagem. Uma de tais questões referia-se á compreensão do que seria a enfermagem e em que consistiria a sua prática. Em resposta a esse questionamento, Hidegard E. Peplau vislumbrou a enfermagem como um processo interpessoal, por meio do qual enfermeira e utente podem obter crescimento e desenvolvimento pessoais com o de promover a saúde. Com base nessas proposições, Hidegard E. Peplau traz a sua teoria a noção decrescimento pessoal, que é compartilhado pela enfermeira e pelo utente no relacionamento interpessoal desenvolvidos nos actos de cuidar”.

A comunicação em saúde pode definir-se, segundo Teixeira (1996, p.135) como “o estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promover ambas a sua saúde”.

Esta definição pode aplicar-se não só a promoção de saúde, mas a todas as áreas de saúde nas quais a comunicação é importante, e tem relevância em contextos muito diferentes como exemplo, na relação entre os profissionais de saúde e os doentes na psiquiatria, nos serviços de saúde, fortifica a qualidade do atendimento dos doentes

3.2. Abordagem Familiar na Esquizofrenia (Intervenções Psicossociais)

A família contribui para a recuperação do doente.

Segundo Taylor e Renpenning (1995,p.34), “a família é um factor condicionante básico do indivíduo, e é por meio dela que ele aprende o auto cuidado”.

Zanneti e Galera (2007, p.386) afirma que:

“O impacto da esquizofrenia sobre a família tem sido comparado ao trauma vivido por vítimas de catástrofes, considerando as repercussões sociais para o sistema de saúde e as de ordem emocional para o esquizofrénico, com desdobramento no grupo familiar, quando ocorre o primeiro episódio, geralmente no final da adolescência, a família vive uma situação de stress que desorganiza todo o grupo. A vida familiar é interrompida e a trajectória de vida pode ser modificada, para a família, o adoecimento de um membro representa geralmente um forte abalo, sendo que seus componentes dificilmente se encontram preparados para enfrentá-lo e sentem-se incapacitados para realizar qualquer intervenção assim, as famílias vivenciam sentimentos de apatia, aflição, espanto, depressão, isolamento, raiva, angústia, devastação, contradição, frustração, incerteza, culpa, tristeza crónica, bem como aceitação e esperança para o futuro durante a convivência com a esquizofrenia”.

Portanto a necessidade de assistência da família para com o doente mental é fundamental como parte do tratamento, pois são eles que têm a capacidade de proporcionar o afecto tão necessitado nessa hora. O envolvimento afectivo característico dos laços familiares de alguma forma orienta as tentativas de entendimento e as buscas de soluções para muitas questões pertinentes ao convívio familiar com o doente.

Por isso, as intervenções psicossociais são consideradas de extrema importância no tratamento do doente esquizofrénico e no apoio a família.

As intervenções psicossociais com familiares de indivíduos com esquizofrenia se desenvolveram a partir de estudos que mostraram que a presença de um membro com esquizofrenia na família está relacionada à sobrecarga em diversos aspectos da vida da família e seus membros, como os relacionamentos, lazer, saúde física e mental (Kuipers et al 1993, p.28).

Também foram importantes estudos que mostraram que o clima afectivo familiar crítico, hostil e de alto envolvimento emocional pode afectar negativamente o curso da doença (*Ibidem*).

Kuipers *et al* (1992, p.87) afirmam que:

“As intervenções psicossociais se baseiam em alguns pressupostos sobre a etiologia da esquizofrenia e sobre o papel dos familiares em relação ao início e desenvolvimento da doença. A esquizofrenia é vista como uma doença que pode se manifestar em indivíduos biologicamente vulneráveis, nos quais um ambiente afectivo familiar pode colaborar para o início da doença ou para recaídas. No entanto, a família não é responsável ou culpada pela ocorrência da doença. Procura-se, ao contrário, reconhecer as dificuldades que a família passa a ter com a presença de um membro com grave incapacitação mental”.

Resalta que a “outra característica das intervenções familiares psicossociais é o ênfase no trabalho colaborativo entre familiares e profissionais, compartilhando, por exemplo, informações sobre a doença ou discutindo conjuntamente os objectivos e tarefas durante o tratamento” (*Ibidem*).

Portanto, as intervenções psicossociais são parte do tratamento do familiar com esquizofrenia e devem ser planejadas conjuntamente com o tratamento medicamentoso e outros atendimentos clínicos específicos.

Marcon e Elsen. (2002) ressaltam que os enfermeiros reconhecem a importância da família na recuperação do doente e discutem estratégias que poderiam ajudar as famílias a cuidarem melhor de seus membros com algum sofrimento.

Kuipers *et al* (1993, p.113) escreveram um guia prático para o trabalho com familiares de pessoas com esquizofrenia que sugere como abordar os problemas práticos e algumas questões emocionais comuns a esse grupo de familiares.

- Os programas com os familiares devem ser dirigidos às pessoas que convivem mais directamente com o membro doente, em geral, pais, irmãos, cônjuges e filhos;
- Procuram-se oferecer formas de atendimento que permitam a participação de todos os familiares que convivem com o membro doente, a fim de se obter uma perspectiva ampla sobre os problemas da família, as distintas visões dos familiares sobre a situação do membro doente e as possíveis soluções dos problemas atuais da família;
- As necessidades da família devem ser avaliadas antes do início de qualquer programa de intervenção. Esse processo visa identificar os problemas específicos da família que deverão ser abordados durante o tratamento, e introduzir o modelo colaborativo e de resolução de problemas desde o início.

Berkowitz, Eberlein-Fries, Kuipers e Leff (1984, p.10) afirmam que:

“Estudos têm mostrado que intervenções breves com familiares, que incluam apenas estratégias educativas, podem resultar em mudanças sobre a quantidade de informação que os familiares têm sobre a esquizofrenia, mas muitas vezes não

reduzem por um longo período as perturbações emocionais e a sobrecarga dos familiares, e não alteram a influência do ambiente familiar no curso da esquizofrenia”.

É de ressaltar que as “intervenções psicossociais que incluem, além do programa de educação, outras estratégias como as descritas neste artigo, têm se mostrado eficazes na prevenção de recaídas de indivíduos com esquizofrenia, independentemente da utilização da medicação” (Lam 1991, p.21).

A intervenção do enfermeiro na família também é um factor extremamente importante, possibilitando uma educação para a saúde sobre a doença, seus sintomas, suas crises, seu tratamento e suas delimitações, sendo também muito importante a autonomia da família e o enfermeiro na ajuda ao doente, de modo que eles sentem capazes de auto cuidar-se, e oferecendo o suporte necessário para prevenir situações de crises e conflitos.

Deve-se ter a família como aliada no tratamento, esta é um elemento importante no processo de recuperação e na melhoria do doente. Tem-se de estar cientes que a família ajuda e muito, portanto precisa-se de apoiá-la e ensiná-la como lidar com tais situações. Para isso, deve-se apostar numa boa educação para saúde de modo a capacitá-las de forma que esta estejam habilitadas para poder participar desse processo que é cuidar do doente. Pois ainda falta mentalizar alguns profissionais e mesmo alguns familiares da importância que eles têm perante o adoecer de um dos membros da família.

Se muitos apostassem nessa forma de certeza teria menos internamentos e a recuperação do doente seria mais rápida e com menos repercussões futuras. Como o cuidado dos familiares no domicílio as várias internações seriam menores.

Giacon e Galera (2007, p.387):

“A promoção do acesso do doente e família aos recursos da comunidade pode contribuir para a reabilitação do doente e da família, o cuidado de enfermagem, com enfoque no sistema familiar, é bastante útil por permitir observar os aspectos biopsicossociais do doente e de sua família e contribuir para uma melhor articulação do grupo com a comunidade, a avaliação das necessidades específicas e as acções de enfermagem são aplicadas de acordo com a individualidade de cada família, assim, têm-se uma reorganização dos sintomas dos pacientes e uma prevenção para futuros episódios, melhorando a qualidade de vida do grupo familiar, seu papel frente à sociedade e entre seus próprios membros, evitando a deterioração definitiva que leva à incapacidade mental”.

Os familiares acabam sendo sobrecarregados pelas demandas como acompanhar seus membros adoecidos, cuidar deles e arcar com as despesas económicas, pelo elevado custo das medicações e pelo inaccessível ao trabalho, é também comum observar familiares se distanciando das actividades sociais, além disso, apresentam, em sua maioria, dificuldades para lidarem com os problemas no seio familiar, começam por atribuir culpa, com o

desânimo por não conseguirem encontrar saídas para os problemas, pelo afastamento social a que ficam sujeitos, pelo desconhecimento da doença entre outros.

O impacto da esquizofrenia para a família é revelado através do sofrimento e pela sobrecarga dos familiares, principalmente da mãe, pois estas começam a ver o futuro dos filhos a desmoronar devido aos sintomas e comportamentos estranhos que apresentam e depois por saber que serão estigmatizados pela sociedade.

Há sobrecarga dos pais, porque são eles os responsáveis por cuidar dos filhos, como por exemplo, procurar o médico, administrar o tratamento prescrito, lidar com situações de crise decidindo quando e como procurar ajuda e elaborar alternativas de convivência com a doença.

Oliveira (2012, p.7) afirma que "durante a convivência com a esquizofrenia, a família também participa do sofrimento." Dai que é muito importante a preparação dos familiares para lidar com essas situações e cabe ao enfermeiro essa tarefa.

Nesta linha de pensamento Durão e Sousa (2005, p.5) dizem que:

"A família é importante por ser considerada uma continuidade do paciente. O modo de pensar e agir dos familiares afecta directamente o ente adoecido não é sempre que os familiares estão dispostos a se envolver com os problemas do doente adoecido e com seu tratamento. A não-aceitação por parte da família é prejudicial para o portador de doença mental, visto que ele pode se sentir desamparado".

É de salientar que a intervenção familiar para o acompanhamento do doente com esquizofrenia é extremamente indispensável, mas devendo analisar primeiramente, suas características, medos, insegurança, ou seja conhecendo melhor o próprio contexto da família do doente, e quando se depara com um membro da família esquizofrénico, se a família não tiver ajuda para saber como lidar perante esta situação, consequentemente a esta vai deparar-se com uma desorganização, e sofrimento mental de todos os membros. Dai que um bom envolvimento por parte das famílias, o apoio incondicional é extremamente importante para melhorar a qualidade de vida do doente e sua família.

Portanto Koga. F (2002, p.5) afirma que:

"O convívio com o portador de esquizofrenia é um processo complicado, principalmente para os familiares que convivem diariamente com ele. Com o início da doença e as alterações comportamentais do indivíduo com esquizofrenia, a família passa por diversas mudanças em seu dia a dia, uma vez que ele requer muita atenção e a família acaba cedendo por ter receio de que este, ao ser contrariado, mostre-se agressivo".

Para complementar esta ideia Cavalheri (2010, p.6) afirma que “a convivência constante com a doença mental gera uma sobrecarga emocional bastante intensa para a família” Este mesmo autor ainda acrescenta que devido “à complexidade da doença e do sofrimento durante sua descoberta, alguns familiares podem ter atitudes de não-aceitação e negação frente aos primeiros sinais da doença como uma forma de se proteger”.

No serviço da psiquiatria do HBS, o cuidado para com o doente esquizofrénico é extremamente igual ao cuidado prestado a outros doentes internados no serviço, ou seja a forma de cuidar dos doentes é o mesmo não há uma diferenciação em termos das patologias, apenas se diferenciam no tipo de fármaco que é administrado.

Pode ser muito difícil para as pessoas com esquizofrenia envolverem-se nos cuidados, seja porque estão desesperados, seja porque a natureza dos sintomas psicóticos, torna difícil de expressa-los, seja porque tem medo das consequências das informações que poderiam partilhar, e além disso tem razões usuais para não se envolverem numa relação terapêutica.

É da responsabilidade do enfermeiro capacitar os familiares para participar no tratamento do doente e demonstrar como lidar com a sobrecarga que podem deparar ao longo desse processo. Seria uma mais-valia para o doente, família e para o profissional se fosse possível implementar no nosso serviço de psiquiatria esse processo.

Uma das melhores formas de implementar esse processo seria através das visitas domiciliárias (VD) que segundo Giacon e Galera (2006, p.290) “constituem um instrumento facilitador na abordagem dos usuários e sua família”. Por meio desse recurso podemos entender a dinâmica familiar, com o objectivo de verificar as possibilidades de envolvimento da família no tratamento oferecido ao doente, acredita-se que a VD, após a alta, fornece aos doentes dos serviços de psiquiatria suporte para que os mesmos possam dar continuidade ao tratamento, evitando assim a reinternação no serviço da psiquiatria.

Como tal, terá que se fazer uma intervenção farmacológica precoce no sentido da diminuição de internamentos, visto que segundo Afonso (2002, p.62) “uma das principais causas ou motivos de recaída são o incumprimento terapêutico, devido aos efeitos secundários da medicação, consumo de álcool ou drogas ou dificuldades no relacionamento médico – família – doente”.

Pois para Favrod e Marie (2012, p.17) a visita domiciliária “sua importância vai além do acompanhamento do usuário, engloba também a família deste, que é vista por nós como uma unidade epidemiológica, social e administrativa de trabalho”.

CAPÍTULO II - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.Procedimentos Metodológicos

Neste capítulo abordou-se a metodológica elegida para essa temática, o tipo de estudo, o método de recolha de dados bem como a apresentação e interpretação dos dados.

Depois de feito a abordagem teórica ou conceptual relativamente ao tema em estudo, passa-se a descrever a metodologia utilizada. De acordo com Prodanov e Freitas (2013, p.14) “a metodologia é a aplicação de procedimentos e técnicas que devem ser observados para construção do conhecimento, com o propósito de comprovar sua validade e utilidade nos diversos âmbitos da sociedade”.

Indo de encontro com Fortin (1990, p.48) nessa fase metodológica:

“O investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas, escolhe um desenho apropriado com a determinação de um método, define a população e a amostra, assim como o instrumento de colheita de dados e a análise de dados”.

Antes de proceder a realização de uma investigação é relevante fazer uma análise de possíveis metodologias a seguir e traçar bem os objectivos para que de um modo científico seja possível alcançar todos os objectivos delineados. Seguindo todas as regras e normas validadas.

Para Johnson (1995, p.147) a:

“Metodologia é caminho sobre a trajectória do desenvolvimento e uma realização dos objectivos de uma investigação, esta refere-se a práticas e técnicas usadas para reunir, processar, manipular e interpretar informações que podem ser usadas para testar ideias e teorias sobre a vida social”.

Para a elaboração deste trabalho de investigação optou-se por duas fases: primeiramente foi elaborado um projecto de monografia onde foi eleita o tema, pergunta de partida, a problemática e os objectivos, em que foi necessário fazer uma ficha de leitura e uma pequena revisão bibliográfica sobre a temática identificando as palavras-chave. Já na fase seguinte recorreu a realização da monografia em si, com mais rigor e cientificidade, apresentamos enquadramento teórico, procedimentos metodológicos e as considerações finais. É importante ressaltar que devido a diversidade entre os autores muitas vezes no trabalho aparecerá termos diversos referindo o mesmo significado devido a preferência de cada autor. Por exemplo: Doente, Paciente, Investigador, Pesquisador, pesquisa bibliográfica, revisão bibliográfica, função, papel do enfermeiro entre outros.

4.1. Tipo de Estudo

Tendo em conta que o objectivo dessa investigação é aprofundar conhecimento sobre os contributos das intervenções de enfermagem para humanização dos cuidados ao doente esquizofrénico torna-se adequado delinear um estudo de carácter exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, na medida em que na fase teórica fizemos uma revisão bibliográfica e no segundo momento recorremos a entrevista semi-estruturada aberta que é o método de recolha de dados escolhidos.

A revisão bibliográfica segundo Fortin (1999, p.46):

“É um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação. No decurso desta revisão, o investigador aprecia, em cada um dos documentos examinados, os conceitos em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os documentos obtidos. A síntese e o resumo destes documentos fornecem ao investigador a matéria essencial à conceptualização da investigação”.

A conduta para a realização de um trabalho dessa natureza exige que primeiramente o investigador faça uma análise dos conceitos chave relacionado com a temática para saber quais os objectivos a traçar e enquadrar a investigação. Tendo sempre em mente a diversidade dos conceitos e a relevância dos mesmos para o encaminhamento da pesquisa.

Prodonov e Freitas (2013, p.54) salientam que:

“Pesquisa Bibliográfica quando elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de: livros, revistas, publicações em periódicos e artigos científicos, jornais, boletins, monografias, dissertações, teses, material cartográfico, internet, com o objectivo de colocar o pesquisador em contacto directo com todo material já escrito sobre o assunto da pesquisa. Em relação aos dados colectados na internet, devemos atentar à confiabilidade e fidelidade das fontes consultadas electronicamente. Na pesquisa bibliográfica, é importante que o pesquisador verifique a veracidade dos dados obtidos, observando as possíveis incoerências ou contradições que as obras possam apresentar”.

A investigação é um método que permite produzir e colher conhecimentos de uma forma rigorosa e sistematizada de modo a obter resposta a um determinado fenómeno em estudo, isto é, é um dos métodos mais importantes na produção do saber científico.

De acordo com Fortin, Côte e Fillion (2009, p.31) “as investigações qualitativas estão associadas a uma concepção holística do estudo dos seres humanos, as experiências de vida e o contexto que se situam as relações com o meio”.

Pois “a investigação implica estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação, inclui a recolha de dados para testar hipóteses e responder a questões que lhe diz respeito” (Carmo e Ferreira, 1998, p.213).

Através da investigação consegue-se um grande avanço e o desenvolvimento numa determinada área permitindo um maior aprofundamento dos conhecimentos fazendo com que haja melhoria na prestação de cuidados e atendimento do doente. Tanto as abordagens, qualitativa e quantitativa, possibilitam o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem.

Fortin (1999, p.34) afirma que:

“Na abordagem qualitativa, a pesquisa tem o ambiente como fonte directa dos dados, o pesquisador mantém contacto directo com o ambiente e o objecto de estudo em questão, necessitando de um trabalho mais intensivo de campo. Neste caso, as questões são estudadas no ambiente e que elas se apresentam sem qualquer manipulação intencional do pesquisador. A utilização deste tipo de abordagem difere da abordagem quantitativa pelo facto de não utilizar dados estatísticos como o centro do processo de análise de um problema, não tendo, portanto, a prioridade de numerar ou medir unidades. Os dados colectados nessas pesquisas são descritivos, retractando o maior número possível de elementos existentes na realidade estudada. Preocupa-se mais com o processo do que com o produto”.

Segundo Turato (2005, p.510) no estudo qualitativo o objectivo do investigador é “a procura de significado para o ser humano, isto é procurando trabalhar com um universo de vivências, fenómenos, eventos, sentimentos, assuntos, manifestações, ocorrências que dão forma a vida às pessoas”.

Ainda Fortin (2009, p.37) realça que: “(...) a investigação qualitativa explora fenómenos e visa a sua compressão alargada, com vista a elaboração de teoria”. Nessa mesma linha de pensamento afirma Hicks (2006, p.7) que “é um meio pelo qual se pode obter perspectivas / descrições acerca de pontos de vista, opiniões, sentimentos e crenças, de uma pessoa, dentro de determinados parâmetros”.

4.2. Caracterização do Campo Empírico

Este estudo foi realizado no Hospital Baptista de Sousa em São Vicente, no serviço de Internamento da psiquiatria - serviço de saúde mental.

O serviço de Saúde Mental encontra-se situado na parte mais antiga da instituição, afastado dos outros serviços disponíveis no Hospital. A nível espacial, o serviço encontra-se estruturada em duas partes, uma onde decorre as consultas externas, constituída por uma sala de espera para os utentes, dois gabinetes para as consultas de Psicologia, dois gabinetes para as consultas de Psiquiatria, uma sala que funciona como secretaria do serviço e uma casa de banho.

A outra parte é constituída por dois quartos (um para doentes do sexo feminino que dispõe de quatro camas, e o outro para os do sexo masculino com cinco camas), um

pequeno quintal, três casas de banho, um refeitório e uma sala de reunião, onde se realiza as entrevistas com os doentes, as reuniões clínicas, as actividades terapêuticas entre outros.

O serviço dispõe de uma equipa constituída por três psicólogas clínicas, dois psiquiatras, cinco enfermeiros e quatro ajudantes dos serviços gerais.

A enfermaria destina-se á intervenção na crise, recorrendo geralmente ao internamento dos doentes, visando uma intervenção breve, que tem a finalidade levar os doentes a organizarem-se e estimular a readaptação social. Nota-se que estes serviços estão quase sempre lotados, a distância entre os leitos é muito reduzida e sem um separador que permite ao doente alguma privacidade.

4.3. Método de Recolha de Dados

A recolha de dados constitui um dos processos mais importantes no decorrer de uma investigação. Permite saber quais as opiniões e sentimentos dos entrevistados assim como facilita numa melhor compreensão de um determinado fenómeno e quais as possíveis alternativas a serem propostas no caso de melhorias de qualidade.

Pois para Fortin (1999, p.43):

“O processo de recolha de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medidas escolhidos para este fim. A recolha de dados junto de uma amostra representativa pode ser feita a partir de questionários, entrevistas ou observação”.

Tendo em conta o que foi acima referenciado, optou-se por contextualizar o fenómeno em estudo como forma de compreender a problemática fazendo uma avaliação. Desta forma os dados foram recolhidos através da entrevista estruturada aberta, sendo a sua formulação previamente determinadas, de modo a permitir um maior controlo e o desenvolvimento da entrevista.

Na perspectiva de Fortin (1996, p.299):

“A entrevista estruturada é aquela em que o investigador exerce o máximo controlo sobre o conteúdo, o desenrolar da entrevista, a análise e interpretação dos dados. As questões a colocar, a sua formulação e sua sequência são determinadas previamente com a ajuda de questões fechadas, onde o respondente pode sentir que lhe é imposto limite no âmbito das respostas a dar”.

Segundo Patton (1990, p.532) “nós entrevistamos pessoas para descobrir a partir delas algo que não podemos observar (...), nós não podemos observar sentimentos, pensamentos e intenções.”

Para o autor Bogdan (1994, p.134):

“A entrevista torna-se assim útil para recolher dados sobre crenças, opiniões e ideias dos sujeitos, pois a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo”.

Com a realização da entrevista o investigador entra em contacto com diversas informações o que ajuda na realização do seu trabalho permitindo uma análise detalhada.

Segundo Gil (1999, p.105):

“Este tipo de pesquisa exploratória é desenvolvida com o objectivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo acerca de determinado facto, especialmente utilizado quando o tema escolhido é pouco explorado, e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionais”.

Pode-se constatar que a entrevista permite ter informações sobre determinados temas desde complexos, carregados de emoções, onde as respostas são em um elevado taxa e são mais detalhadas, mas é certo que essas exigem um maior tempo para a entrevista, a mais simples.

4.4. Procedimentos Éticos durante a Investigação

Para Fortin (1996, p.114) “a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”

Para elaboração deste estudo foi solicitado uma autorização ao Superintendente de Enfermagem do Hospital Baptista de Sousa (que se encontra no anexo i), para a implementação das entrevistas. Ainda foi solicitado ao Hospital Baptista de Sousa pela Universidade do Mindelo, assinado pela coordenadora de curso Mireya Caceres (anexo ii), uma carta a pedir autorização de recolha de dados, necessariamente no serviço de SM. Em anexo iii encontra-se o consentimento informado para os entrevistados que aceitaram participar do estudo de forma livre e esclarecido. Para proceder-se à colheita de dados foi programada a entrevista que desenvolveu-se no mês de Maio de 2014, cujo guião encontra-se no anexo iv e no final tem o anexo v que apresenta o cronograma desenvolvido. E para análise de tratamentos de dados foram analisadas as respostas dos entrevistados, e colocados no trabalho estas respostas onde foram fundamentadas juntamente com ideias de alguns autores mencionados no trabalho de modo a garantir sustento á estas respostas, e assim o tratamento de dados foi elaborado.

Relativamente ao consentimento informado que foi solicitado Streubert e Carpenter (2002, p. 3) afirmam que o consentimento informado “é quando os participantes a ocuparem-se num estudo de investigação. Asseguram que possuem informação completa, que compreenderam a informação e que escolhem livremente aceitar ou declinar a participação na investigação”.

Foram respeitados todos os preceitos éticos durante a realização do trabalho. Para recolha e a transcrição das informações foram valorizados e respeitados os preceitos éticos assim como são as leis.

4.5. Caracterização dos sujeitos entrevistados

Assim, para a realização da entrevista, procedeu-se ao contacto com 5 Enfermeiros do Serviço da Psiquiatria, 2 Licenciados e 3 fazendo o Complemento de Licenciatura. Estas respostas são de extrema importância para o trabalho, assim sendo, essas questões realizadas neste estudo tem garantia de anonimato e confidencialidade. Pois segundo Fortin (1999, p.114) é importante:

“Garantir aos potenciais sujeitos confidencialidade das informações, explicando-lhes o método escolhido para que esta seja assegurada. A título de exemplo poderiam ser utilizadas as fórmulas seguintes: “o seu nome e a sua direcção não serão inscritos na base de dados de informatizado” ou “o seu nome não aparecerá nos instrumentos de medida e será substituído por um número de código”.

Para isso optou-se por atribuir aos entrevistados atribuindo o nome de planetas, para assim cumprir os procedimentos éticos.

Os entrevistados do estudo constituíram um total de 5 enfermeiros que actuam em unidades de internamento do serviço da psiquiatria. A escolha desses enfermeiros deu-se de acordo com a formação profissional, com objectivo de confrontar as respostas de modo a entender se o nível de conhecimento sobre os Contributos de Enfermagem e Humanização dos Cuidados modifica com o grau académico do entrevistado.

Também foram seleccionados de forma a comparar a experiência profissional, e quanto maior é a experiência profissional, maior é o nível de competência de prestação dos cuidados humanizados e interacção com o doente internado, e ainda de acordo com disponibilidade dos enfermeiros.

As entrevistas aconteceram no mês de Maio, utilizando o instrumento de colheita de dados, composta primeiramente por caracterização dos entrevistados, e seguido de perguntas abertas sobre Contributos das Intervenções de Enfermagem para Humanização dos Cuidados ao Doente Esquizofrénico.

O estudo desenrolou-se desde cedo na fase de recolha de dados de um modo honesto, procurando obter-se um ambiente de tranquilidade e conforto nas interações entre os entrevistados e a investigadora.

As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente, organizadas de forma a permitirem uma leitura pouco exaustiva.

Segundo, Queiroz (2007, p. 197):

“As entrevistas exploratórias, leituras e entrevistas exploratórias, devem ajudar a construir a problemática da investigação. As leituras ajudam a fazer o balanço dos conhecimentos relativos ao problema de partida; as entrevistas contribuem para descobrir os aspectos a ter em conta e alargam e rectificam o campo de investigação das leituras. Uma e outras são complementadas e enriquecem mutuamente”.

Optou-se pela entrevista semi-estruturada e aberta onde a comunicação é focalizada, com perguntas abertas, além da conversação do dia-a-dia; as perguntas estão escritas num guia ou roteiro flexível.

Assim, como instrumento de recolha de dados construiu-se um guião de entrevista, de que constam oito questões centrais, desenvolvidas com base no enquadramento teórico, já apresentado. Procurou-se, com este guião, obter dados que permitissem responder às questões orientadoras do estudo de forma analítica, descritiva e crítica.

Quadro I. Caracterização Geral dos sujeitos Entrevistados

Características dos Entrevistados	Sexo	Idade	Estado Civil	Habilitações Académicas	Categoria Profissional	Tempo de Actividade Profissional total/ HBS	Tempo de Serviço na Psiquiatria
Nomes							
Terra	MASC.	37	Solteiro	Formação Média	Enfermeiro Graduado	18	13
Marte	MASC.	39	Solteiro	Formação Média	Enfermeiro Graduado	18	13
Júpiter	MASC.	42	Solteiro	Formação Superior	Enfermeiro Graduado	16	4
Saturno	MASC.	49	Solteiro	Formação Média	Enfermeiro Graduado	25	14
Mercúrio	MASC.	55	Casado	Formação Superior	Enfermeiro Assistente	23	21

Fonte: “Elaboração própria”

Os cinco elementos são todos do sexo masculino, com idades compreendidas entre 37 e 55 anos, apenas um é casado. Dois dos elementos possuem licenciatura e os restantes curso geral de enfermagem, são todos enfermeiros graduados e 1 exerce função de Enfermeiro Assistente, o tempo de actividade profissional no HBS varia de 18 a 23 anos, e o tempo de actividade profissional no serviço da psiquiatria é de 4 a 21 anos.

4.6. Apresentação e Discussão dos Resultados

Nessa fase é feita a apresentação e discussão dos resultados obtidos através das entrevistas realizadas. O tópico apresenta-se a uma análise e discussão dos resultados iniciando com a caracterização das participantes do estudo, analisando as questões e a importância de cada uma.

Após a gravação das entrevistas estas foram transcritas obedecendo e respeitando os princípios éticos da investigação de modo a garantir uma maior segurança. Para uma

melhor interpretação dos dados colhidos, após a análise das entrevistas, esses foram divididas em (3) categorias que por sua vez encontram-se divididas em subcategorias:

Categoria I - Perfil sócio demográfico. Essa categoria tem como objectivo definir o perfil dos enfermeiros entrevistados de acordo com o sexo, a idade, o estado civil, habilitações académicas, categoria profissional e o tempo de profissão.

Categoria II - Conceitos chave. Esta categoria esta relacionado com os conceitos chave abordados ao longo do trabalho. Conceitos de Humanização dos cuidados

É pertinente para o estudo conhecer que conceitos sobre esta temática são utilizados pelos entrevistados no seu dia-a-dia, e ao longo do seu trabalho com o doente. Pode-se constatar que de modo geral todos possuem conhecimentos, mesmo que sejam apenas noções breves, acerca da Humanização dos cuidados, e alguns reconhecem que este assunto tem surgido já há pouco tempo, e que os serviços hospitalares e o próprio serviço têm muitos problemas acerca desta temática e que precisa de uma boa implementação neste sentido, visto que existem doentes internados que precisam muito deste tipo de cuidado, devido as suas fragilidades.

Começa-se por apresentar os resultados que ilustram o conceito não no seu todo, mas que demonstra que alguns possuem uma vaga ideia deste conceito, e outros que possuem mesmo algum conhecimento a nível técnico e científico acerca desta temática.

Essa categoria encontra-se dividida em 4 subcategorias. Em relação a primeira responderam:

1. Humanização dos cuidados na Enfermagem

Já fazem pouco tempo que começam a debater esta temática de humanização de cuidado de enfermagem, é uma das grandes problemas no hospital, e nesta enfermaria também. Humanização de cuidados é cuidar, contribuir para o bem-estar do doente, a promover a saúde, respeitar os direitos e deveres dos doente, prestar serviços, dar mais conforto, para poder ter uma rápida recuperação e voltar de novo a família **Terra.**

É cuidar do doente no seu todo, colocar no lugar do outro sempre, de modo a satisfazer todas as necessidades do doente **Marte.**

É prestar um serviço com maior qualidade ao um doente com certos princípios técnico científico **Júpiter.**

É cuidar, respeitar, humanização é um valor que deve ser prestado pelos profissionais de saúde com igual valor e dignidade, e honestidade para com o doente **Saturno.**

*É relacionar com o ser humano de uma forma mas digno com respeito, e de igualdades, é todos os valores que o homem deve ter consigo de modo a garantir um bom processo de humanizar para como o doente **Mercúrio**.*

Segundo Clayton (2000, p.65) “a humanização é referida como acção ou efeito de humanizar. E humanizar é caracterizado como o acto de “tornar humano, tornar sociável, e tornar-se mais compassivo”.

Bermejo (2008, p.44) “conceitua a humanização enfatizando a empatia do profissional”, assim para o mesmo autor, Humanizar consiste “em tomar consciência de si mesmo, da própria condição que nos permite colocar, de alguma maneira, fora da natureza e perguntar-se sobre ela e sobre si mesmo em meio a ela”.

Nestas definições apenas dois dos entrevistados referenciam que o respeito é uma base no qual se estabelece humanização de cuidados, e segundo Pinto (2003, p12) “o respeito é encontrado na literatura relativa a ética e valores humanos, onde é considerado um princípio ético primário”. Ainda este mesmo autor afirma que “na Enfermagem, o respeito está necessariamente intrínseco em todos os aspectos de prática da humanização de enfermagem, da investigação e da educação da profissão em si”.

2. Qual é a importância da humanização de cuidados para o enfermeiro.

Nesta sub-categoria o objectivo é avaliar a importância da humanização de cuidados, na perspectiva dos enfermeiros, para com os doentes neste serviço, e se há necessidade dos profissionais de saúde envolverem-se mais nas práticas de cuidados humanizados, desta forma segundo 3 dos entrevistados a prática de humanização de cuidados é a base de actuação da profissão de enfermagem e ela é importante porque permite que o doente sente mais confortável, mais aliviado e mais tranquilo além de que contribui pela boa e rápida recuperação e melhoria da patologia, outros 2 alegam que a importância da humanização ainda não é muito clara para os enfermeiros e que consequentemente pode os afectar na sua prática de cuidados humanizados, e ainda alegam que além de garantir melhoria na qualidade de vida do doente também é um factor importante para o próprio enfermeiro porque permite-o desenvolver habilidades e técnicas de enfermagem, de modo a satisfazer as necessidades psicológicas e fisiológicas do doente desta forma os doentes precisam sentir seguros, daí que é importante a prática de

humanização de cuidados e a necessidade dos enfermeiros envolverem-se nela. Deste modo passa-se a mostrar as respostas dos entrevistados.

Humanização de cuidados é muito importante, primeiramente porque ela é a base de actuação do enfermeiro, e além de que garante uma boa melhoria ao doente internado, e realmente á necessidade dos enfermeiros envolverem-se nessa prática, tanto para a melhora do doente como também, para o desempenho de boas funções de cuidados de enfermagem no dia-a-dia. Terra; Marte: Saturno

Segundo Collier (1999,p.32) “a importância da humanização de cuidados garante a satisfação de necessidades indispensáveis a vida. Velar, tomar conta e cuidar representa um conjunto de actos que tem por fim e por função cuidar até a morte”

Há humanização de cuidados é muito importante para o profissional de saúde, mas esta temática não tem sido muito clara para com os enfermeiros, o que implica certamente na nossa forma de prestar cuidados, a sua importância garante ao doente estabilidade, segurança, alívio, e além de que garante também a sua melhoria. Júpiter, Mercúrio

Segundo Watson (2002,p.52):

“A enfermagem e cuidados humanizados de saúde e de qualidade exige hoje em dia um respeito humanista pelo ser humano, e o fenómeno saúde e doença tem que ser abordado a partir de uma base conceptual ampla, e a necessidade dos enfermeiros envolverem-se nas práticas de cuidados ainda é maior”

3. Avaliar a Importância dos Cuidados de Enfermagem no Serviço da Psiquiatria.

Dentro deste contexto, o objectivo desta pergunta é saber se os enfermeiros deste serviço conseguem ter uma noção clara da importância dos cuidados de enfermagem para com os doentes, explicando em que área ela actua directamente, se é a nível fisiológico, psicológico, ambos, ou se então existe outra área em que estes cuidados é benéfico aos doentes. A maioria respondeu que ambos se beneficiam destes cuidados, porque o doente é tratado psicologicamente, através de fármacos ou psicoterapia, mas que reflecte directamente no seu físico. Mas nenhum dos enfermeiros mencionaram que além desses cuidados reflectirem tanto fisicamente como psicologicamente também existe a parte social, em que esses cuidados podem ser benéficos. Deste modo apresenta-se as respostas dos entrevistados:

É de extrema importância os cuidados de enfermagem e elas se reflectem tanto fisicamente como psicologicamente, não existe mais áreas em que ela pode reflectir e

quando ele é bem atendido na enfermaria, a parte psíquico recupera muito mas rápido e melhor **Terra.**

Ambos, porque o cuidado de enfermagem não são só administrar medicamento, e que a conversa e a psicoterapia também influencia muito neste cuidado **Marte.**

Não se pode separar o físico do psíquico, o doente é internado por problemas psíquicos, mas esses cuidados reflectem tanto fisiologicamente como psicologicamente **Júpiter.**

Os cuidados de enfermagem ao doente são benéficos tanto fisicamente com psicologicamente porque o tratamento envolve estas duas partes o físico e psíquico **Saturno.**

Porque os cuidados envolvem o doente no seu todo tanto fisicamente como psicologicamente **Mercúrio.**

É nesta óptica que Giacon e Galera (2006, p.276) realça que:

“A demora na procura do tratamento tem uma influência fundamental no prognóstico do paciente, pois pode levar a uma ruptura significativa dos níveis psíquico, físico e da rede social do doente. O tempo de tratamento para obtenção da remissão do quadro agudo também aumenta à medida que se sucedem os episódios psicóticos”.

Pois este autor realça que os cuidados devem ser oferecidos logo no início da doença, e se este não receber os cuidados na hora exacta, pode afectar o seu prognóstico, tanto físico, psíquico, e social. Isto faz perceber-se que existem três áreas em que os cuidados podem ser benéficos aos doentes.

Categoria III. Os cuidados prestados ao doente esquizofrénico e funções do enfermeiro

4- Tipos de Cuidados a ter com o doente Esquizofrénico

Nesta sub-categoria pretende-se entender se existe cuidados específicos direccionados a cada patologia neste serviço, de modo a perceber o cuidado de enfermagem, mas a maioria dos entrevistados responderam que não existe nenhum tipo de cuidado específicos no serviço para com o doente esquizofrénico, dois dos entrevistados realçam que existem tratamentos diferentes para cada patologia, mas tratando-se de cuidados diferenciados para cada tipo de patologia não existem, e dizem que alguns doentes requerem mais atenção e observação do que os outros.

Na enfermaria não existe nenhum tipo de tratamento específico para cada patologia, em princípio existe um tratamento específico para cada doente, mas em termos de uma atenção diferente para cada doente não tem, a atenção e cuidados é dada a cada patologia de acordo ao estado do doente requerendo assim maior atenção **Terra e Saturno.**

Mas dois dos entrevistados dizem que todos os doentes internados neste serviço são prestados cuidados da mesma forma, mesmo com patologias diferentes, mas o doente esquizofrénico têm o mesmo tipo de cuidado que os outros doentes internados.

Porque os cuidados são direccionados para todos os doentes com patologias diferentes mas de igual modo, sendo que não existe cuidado único e específico para cada patologia diferente neste serviço.

Porque existe diversos doentes na psiquiatria com determinadas patologias, e não se consegue tratar cada caso especificamente, então o cuidado é prestado no seu todo não diferenciadamente a cada pessoa ou a cada patologia **Júpiter.**

E ainda apenas um enfermeiro referiu que existem vários tipos de esquizofrenia e cada um requer cuidados diferentes, mas o cuidado é prestado neste serviço quando o doente apresenta algum risco para si mesmo ou para qualquer doente ou profissional no serviço, exemplo quando o doente apresenta sinais de agressividade, e com ideias suicidas, só assim implica cuidados e modos de tratamentos diferentes.

Existe vários tipos de doentes esquizofrénicos, então existe vários tipos de cuidados de acordo com o tipo da patologia do doente, o cuidado de enfermagem neste caso centra-se no medicamento diferenciado, o cuidado é um quadro generalizado. A observação no doente esquizofrénico é dada com mais ênfase, a patologia e os seus distúrbios que causam seu comportamento agressivo, e com ideias suicidas, então isto gera um cuidado mas específico **Mercúrio.**

Desta forma Oliveira et al (2012, p.310) afirma que “a esquizofrenia é conhecida como uma das doenças psiquiátricas mais graves e desafiadoras. É definida como uma síndrome clínica complexa que compreende manifestações psicopatologias variadas de pensamento, percepção, emoção, movimento e comportamento” e deste modo ela requer mais cuidados por parte dos profissionais de saúde.

Segundo Favrod e Marie (2012, p.17) os cuidados de enfermagem ao doente esquizofrénico “vai além do acompanhamento do usuário, e engloba também a família deste, que é vista por nós como uma unidade epidemiológica, social e administrativa de trabalho”.

As pessoas que sofrem de esquizofrenia necessitam de uma intervenção *case-management* isto ajuda os próprios enfermeiros entenderem os doentes e a sua doença, ou que ajudaria nas primeiras fases do processo de recuperação face aos cuidados de enfermagem para com o doente.

4. Funções do Enfermeiro Psiquiátrico.

Nesta sub-categoria, a maioria dos entrevistados identificaram quais as funções dos enfermeiros no serviço da psiquiatria, mas alguns afirmam que existem mais funções dos enfermeiros psiquiátricos, do que a administração da terapêutica e a observação do doente, mas isto requer mais formações e especialidades nesta área, e as condições estruturais e a falta de recursos também implicam na forma de desenvolver estas funções. Deste modo dois dos entrevistados responderam quais as funções do enfermeiro neste serviço.

Geralmente as funções do enfermeiro aqui na psiquiatria é a administração da terapêutica, e observação de pacientes, na enfermaria e sendo que esta enfermaria tem muitos problemas, a nível estrutural, material, e as suas funções praticamente são reduzidas **Terra.**

Administrar a medicação fazer higiene ao doente e a observação **Marte.**

As funções do enfermeiro Psiquiátrico são administração de medicamentos, e a observação **Mercúrio.**

Dos cinco entrevistados apenas um teve uma resposta mais próxima daquilo que é função do enfermeiro na Psiquiatria de acordo com aquilo que defendem Townsend, Mary, Stuart e Laraia já referenciado mais acima.

Cuidar, orientar o doente da sua medicação, envolver a família na sua situação, informar acerca da patologia e administração da terapêutica. Fazer psicoterapia, conversar **Júpiter.**

Fundamentando essa resposta Stuart e Laraia (2001, p.34) afirmam que:

“A enfermeira vai fazer coisas para com o doente ou podem-se enfatizar relações participativas, para que a enfermeira venha a desenvolver coisas com o doente como parte integrante numa agenda de trabalhos a serem realizados para atingir uma determinada meta que é a saúde. E é provável que o processo de enfermagem seja educativo e terapêutico quando a enfermeira e o doente podem vir a conhecer e respeitar um ao outro como pessoas semelhantes e no entanto diferentes como pessoas que participam em comum da resolução de problemas”.

E ainda Peplau (1952ApudTownsend (2009, p.91) identificou vários sub-papéis na função de enfermagem mas nenhuma foi respondida pelos entrevistados visto que eles

tenham que ter um elevado teor de conhecimento a nível técnico e científico, ou formação na enfermagem psiquiátrica de modo que os ajudassem a desenvolver estes papéis ou sub-papéis de enfermagem psiquiátrica que são:

“Estranha; Pessoa de recurso; Professora; Líder; Substituta e Conselheira”

6. Formas de Tratamento do Doente na Psiquiatria.

Nesta sub-categoria dois dos entrevistados responderam que a única forma de tratamento é a administração da terapêutica, e dois dos outros entrevistados responderam que é a administração da terapêutica e a contenção, e apenas um dos enfermeiros respondeu que na psiquiatria existe vários tipos de cuidados prestados feito pelo enfermeiro, além da administração da terapêutica, existindo assim a psicoterapia que é feito individualmente, em grupo ou em família, mas realça que dentro do serviço da psiquiatria do HBS, esses tipos de tratamentos são feitos pelos psicólogos do serviço, porque os enfermeiros não possuem alicerce, ou seja não possuem nenhuma formação nesta área de modo que possam satisfazer todas as formas de tratamento para com o doente, sendo a administração da terapêutica a única e mais utilizada. Deste modo apresenta-se a resposta no referente a administração da terapêutica:

Na enfermaria praticamente as formas de tratamento é apenas a administração da terapêutica, apesar que existem outras formas de tratamento que podiam ser efectuadas pelo enfermeiro como a psicoterapia, individual, de grupo, ou familiar, mas que são feito pelos psicólogos, a enfermaria tem bastante défice, e condições para oferecer bons cuidados aos doentes, e os enfermeiros deste serviço não tem formação ou especialidade na área de saúde mental para tal, de maneira que possam oferecer um bom tratamento **Terra.**

Respostas dos entrevistados que acreditam que o tratamento dado pelos enfermeiros para com os doentes internados na psiquiatria são apenas a administração da terapêutica e a contenção.

Basicamente é só a medicação **Júpiter.**

Seguir prescrição médica ou seja a medicação, contenção mecânica **Saturno.**

Administração da terapêutica **Marte.**

Administração da terapêutica. Contenção **Mercúrio.**

Mas segundo Townsend (2002, p.368) existem várias modalidades de tratamento da esquizofrenia, sendo o primeiro:

1º Tratamento Psicológico

- Psicoterapia Individual A psicoterapia individual para doentes esquizofrénicos é vista como um esforço a longo prazo que exige do profissional desta área paciência e muito sacrifício.
- Terapia de grupo A terapia de grupo em contactos hospitalares não é tão produtiva, o tratamento hospitalar ocorre geralmente quando a sintomatologia e a desorganização social são mais graves pois esta terapia na esquizofrenia tem sido mais útil na evolução ao longo prazo da doença.
- Terapia Comportamental “Os comportamentos adoptivos são reforçados por elogios ou fichas que podem ser trocadas por itens desejados, em consequência de comportamentos não adoptivos ou desviantes, como falar alto, falar sozinho em público, comportamentos bizarros, podem ser reduzidas”.
- Terapia Familiar: Alguns terapeutas tratam a esquizofrenia não como uma doença unicamente do doente mas sim de toda a família mesmo quando os familiares parecem se estar bem, há impacto notável sobre o estado de saúde mental dos parentes quando um dos membros da família apresenta a doença.

2º Tratamento Farmacológico

Como tratamento farmacológico tem Clorpromazina e o Haloperidol e ainda os medicamentos da segunda geração para o tratamento da esquizofrenia que são a Clozapina, Risperidone e o Olanzapine mais os Antipsicóticos de nova geração que tem vindo a substituírem os demais, no tratamento da esquizofrenia, devido à possibilidade do uso em doses mais baixas e, conseqüentemente, causando menores efeitos colaterais.

Categoria IV – Dificuldades encontradas na prática dos Cuidados Humanizados

7. Dificuldades na prática dos Cuidados Humanizados

Relativamente a esta temática pretende-se conhecer e identificar quais as dificuldades encontradas na humanização de cuidados neste serviço, e depois da análise do conteúdo surgiu algumas respostas que correspondem a falta de recursos humanos e materiais, o espaço físico, e falta de conhecimento técnico científico nesta área de modo a prestar bons cuidados de enfermagem. Segundo os entrevistados:

Uma das primeiras dificuldades da enfermaria é a parte estrutural da enfermaria, défice de material, de contenção para doentes extremamente agressivo, falta de medicamentos, e ainda na questão humana, falta trabalhar muito nesta temática,

precisando mais pessoal de enfermagem para trabalhar no serviço, e falta de formação na área da enfermagem psiquiátrica **Terra.**

O espaço físico do serviço, a medicação que falta constantemente. E falta de uma formação profissional nesta área, de modo que possa satisfazer todas as necessidades e as formas de tratamento ao doente **Marte.**

Em primeiro lugar o espaço, segundo tem falta de uma sala personalizada, para quando receber um doente, e precisa fazer algumas mudanças a nível estrutural no serviço **Júpiter.**

Falta de medicação de vez em quando problemas estruturais no serviço, e a falta de formação profissional nesta área para os enfermeiros psiquiátricos **Saturno.**

Falta de medicação, camas ou meterias no serviço, para satisfazer as necessidades. A estrutura do serviço porque sempre á fugas de doentes neste serviço **Mercúrio.**

Relativamente a afirmação dos enfermeiros entrevistados sobre a falta de recursos humanos, Rafael (1994, p.34) afirma que “a maior parte das vezes os profissionais são em número insuficientes no local de trabalho, e o deficiente ratio de recursos enfermeiros existentes nalgumas situações é um dos factores condicionantes da humanização dos cuidados “.

E tendo em conta o espaço físico, este torna um factor condicionante também para a humanização de cuidados de enfermagem, pois segundo Coutinho (2005, p.13) “ há importância das condições físicas e organizacionais para permitir uma boa prestação de cuidados de enfermagem”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho foi desenvolvido sob o tema: Contributos de intervenções de Enfermagem na Humanização de Cuidados ao doente Esquizofrénico, cujo objectivo foi identificar quais são os contributos das intervenções enfermagem e qual é a percepção dos enfermeiros face aos cuidados humanizados no Serviço da Psiquiatria do HBS para com os doentes internados, através de uma revisão bibliográfica, executada juntamente com uma entrevista semi-estruturada aberta direccionada aos cinco enfermeiros que trabalham neste serviço.

Este tema é muito relevante visto que a maioria dos profissionais principalmente os enfermeiros devem ter sempre consigo a noção clara da arte do cuidar humanizado de modo que possam cuidar e ajudar o doente ou utente a satisfazer as suas necessidades fisiológicas e psicológicas, visto que humanizar é tornar humano, é cuidar da pessoa como pessoa dar-lhe atenção e responder de uma forma positiva com respeito, confiança, ajudá-la contribuindo para o seu bem - estar e promover a sua saúde.

No que se refere a informação obtida pelos enfermeiros do serviço, pode-se dizer que a maioria acredita que há necessidade de implementar os cuidados humanizados naquele serviço, e que este tem sido uma temática nova a instituir-se nos serviços, e que os enfermeiros do serviço de saúde mental precisam começar a trabalhá-la, devido ao abandono, a carência, a falta de atenção, carinho, afecto e respeito por parte dos familiares para com os doentes, sendo que os enfermeiros são os únicos profissionais capazes de oferecer esses cuidados, mais ainda alegam que devido a falta de recursos humanos, materiais, estruturais e de conhecimento técnico científico na área ou a falta de uma formação faz com que esses cuidados humanizados não sejam bem implementados neste serviço.

Isto é, devido à falta desses recursos, torna-se difícil a implementação do processo de humanização dos cuidados. Esta temática precisa ser trabalhada começando primeiramente a partir da reestruturação do serviço para que depois possam prosseguir para a formação dos enfermeiros psiquiátricos, esta é uma necessidade sentida por parte dos profissionais de saúde do HBS.

Através deste trabalho pode-se verificar que todos os entrevistados têm uma pequena noção do conceito da Humanização, e da importância do acto de humanizar e tornar humano, acrescentam que é uma temática que precisa ser lembrada pelos profissionais de enfermagem, principalmente. Mas quanto a sua definição não conseguem

defini-lo na sua globalidade o que acaba certamente por interferir no seu dia-a-dia. Também não souberam definir o enfermeiro psiquiátrico e suas funções no serviço de forma mais vasta, de certa forma acabaram por descrever praticamente as funções do enfermeiro dentro do serviço de saúde mental no HBS, em que se resume basicamente na administração da terapêutica e a observação do doente. Um dos entrevistados afirma que as funções do enfermeiro são também feitas através da psicoterapia como a terapia individual, de grupo e familiar. Como não possuem formação para desempenhar tal função, este é desempenhado pelas psicólogas do serviço, que possuem formação nessa área. Mas reconhecem a importância do desempenho destas funções pelos enfermeiros. Também os entrevistados afirmam que não existe um cuidado específico para com o doente Esquizofrénico.

Pode-se dizer que no HBS retratam sempre a importância de haver um plano de alta para o doente, também refere-se ao facto do seu tratamento e controle, sobre a medicação, seus horários e a importância de não deixar de tomar nos respectivos horários, para que não haja uma futura recaída, pois no serviço ainda são explicado ao doente e sua família, como receber a medicação mensalmente na própria instituição, quando retornar para uma reavaliação médica.

Este trabalho foi uma boa experiência, permitiu aprofundar e reconhecer os aspectos que dificultam a humanização dos cuidados no serviço de Saúde Mental, e demonstrou também a importância de instituir e aprofundar mais sobre esta temática neste serviço. Pois é um trabalho bastante enriquecedor e pode ajudar outros investigadores que pretendem alargar mais conhecimentos sobre esta temática. Os objectivos foram alcançados, com grande empenho e dedicação, e espera-se que o trabalho venha servir de base para futuros pesquisadores, e também para a melhoria da questão da humanização dos cuidados no Serviço da Psiquiatria. É um trabalho que precisa ser aprofundado e implementado em todos os serviços de saúde para que haja melhorias na qualidade dos cuidados.

As maiores dificuldades encontradas ao longo deste percurso foram a escassez de referências bibliográficas, o que induziu a uma maior exposição de citações longas, e a realização do trabalho em simultâneo com o ensino clínico projecto pessoal em enfermagem clínica.

PROPOSTAS

- Mais recurso Humanos para com este Serviço de modo que haja menos sobrecarga horara e mais mão-de-obra.
- Promover uma formação para aos enfermeiros que vão trabalhar nessa área;
- Remodelação do Serviço com equipamentos e materiais necessários para satisfazer todas as necessidades dos doentes e de modo que haja uma boa implementação dos cuidados humanizados.
- Desenvolver Projectos com objectivos de obter ajuda de donativos (vestuários, alimentos, materiais, etc.) a este serviço, devido a carência apresentada por alguns doentes internados;
- Pôr estudantes a estagiar na secção de gestão do serviço;
- Envolvimento de familiares no processo dos cuidados doentes internados;
- Criar uma sala de primeiros socorros para os enfermeiros;
- Trabalho em equipa mais aprofundado.
- Propor aos estudantes elaborar investigações mais aprofundadas sobre a temática Contenções na psiquiatria, e Humanização de Cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, P. (2002). Esquizofrenia. Conhecer a Doença, 1ª edição, Lisboa, Climepsi Editores
- Albuquerque, Maria et al. (2009). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à acção dos enfermeiros, Revista de Enfermagem. Volume III , nº 6, 15-26.
- Almeida, João Ferreira; Pinto, José Madureira (1995). A investigação nas Ciências Sociais. Lisboa, Editorial Presença.
- Alvarenga, Pedro Gomes de; Andrade, Arthur Guerra . Fundamentos em psiquiatria. São Paulo: Manole, 2008.
- Ambrozano, R. (2002). Enfermagem: Formação Interdisciplinar do Enfermeiro. São Paulo, Editorial Arte & Ciência.
- American Psychiatric association,(1996). *DSM-IV, Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 4ª edição, Lisboa, Climepsi Editores.
- Backes, Dirce Stein; Filho, Wilson D; Lunardi, Valeria Lerch (2006). O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. [On-line], <http://www.scielo.br>, 02/07/2014;
- Ballone, G.J. (2008). Depressão na doença de alzheimer. 1ª ed. Bednar, d; grinshaw, J.
- Russal (2001). Divulgar: Padrões De Qualidade Dos Cuidados De Enfermagem. Ordem Dos Enfermeiros [On-line], <http://www.ordemenfermeiros.pt>, 27/05/2014;
- Bastos.O. (1981). Aspectos éticos da terapeutica psiquiatrica.G.Brazil.Rio de Janeiro,Vol I.
- Bermejo, J. Carlos. (2008) Humanizar a Saúde: Cuidado Relações e Valores. BR. Portugal
- Berkowitz R, Eberlein-Fries R, Kuipers L, Leff J (1984). Educating relatives about schizophrenia. Schizophr Bull;10:418-29.
- Birchwood M. S. (2005). Expressed emotions and first episodes of schizophrenia. Br J Psychiatry. United States Of América.
- Bogdan, R.B.S (1994). Intervenção Qualificativa Em Educação-Uma Introdução A Teoria E Aos Métodos. Porto editora.
- Bolander, verolynrac (1998). Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiologia. 3ª Edição, Lisboa, Lusodidacta.
- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)* (4ª ed.). Rio Janeiro: Mosby Elsevier.
- Cabral, B. Estação comunidade. In: Janete, A. & LancettiI, A. (org). Saúde mental e saúde da família. 2. ed.São Paulo: Hucitec, 2001.

Carmo, H.; FerreiraManuela (1998). Metodologia da Investigação: guia para a Auto aprendizagem. Lisboa – Portugal, Editora Universidade Aberta.

Carvalho Arianarodrigues Silva, Pinho Maria Carla vieira, Matsuda Laura Misue, Scochi, Maria José (2005). Cuidado e humanização na enfermagem: reflexão necessária. 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. Paraná. [On-line], <http://www.unioeste.br>, 13/06/2014.

Castro, R.C.B.R. e Silva, M.J.P.A (2001). A comunicação não-mental nas interações enfermeiro-usuário em atendimentos de saúde mental, Revista Latina- americana de enfermagem, Ribeirão Preto, Volume 9.

Cavalleri.S,C. (2010). Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. Revisão Enfermagem.

Chalifour, J.(2008). A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial-humanística da relação de ajuda. Volume 1ciências Sociais. Lisboa: Editorial Presença.

Clayton. L. Thomas. (2000). Dicionário Medico: Enciclopédia Taber. 17ª Edição, Lusodidáctica.

Collière, Marie françoise (1989). Promover a Vida: da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem, Lisboa Sindicato dos Enfermeiros Portugueses

Colliere, Márie, F (1999). Promover A vida da prática das mulheres de virtude dos cuidados de enfermagem. 5ª Edição. Lisboa. Lidel

Coutinho, M. P. L. (2005). Depressão infantil: Uma abordagem psicossocial. 2ª Edição,Lisboa.

Dochterman JM, Bulechek GM.; (2008) Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4a. ed. Porto Alegre.

DSM-IV.TR. (2002). Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais.4ªedição- Texto Revista. Climepsi Editores- Sociedade Medico Psicologica, LDA. Lisboa, Portugal.

Durão A,M,S; melo, Sousa, Miasso, A, L (2005). Grupo de Acompanhamento em Uso de Clozapina e de seus Familiares: Percepção dos participantes. Revista Brasileira de Enfermagem. Volume II, 34-45

Favrod, Jérôme. MAIRE, Agnes (2012). Recuperar da Esquizofrenia; Edições Tecnicas e Cientificas. Vol.II ,Lusociência.

Ferreira, Mónica Alexandra Gonçalves; Pontes, Manuela; Ferreira, Nuno (2009). Cuidar em enfermagem-percepção dos utentes. [On-line], <http://www.bddigital.ufp.pt>, 16/05/2014;

Fortin, M. (1999). O processo de Investigação : Da Concepção a realização. Edições Técnicas e Científicas, Loures, Lusociência.

Fortin, M.F.; Côte, J.; Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Lusodidacta.

Fortin, Marie Fabian (2006). Fundamentos e etapas do processo de investigação. 1ªed, Loures, Lusodidactica.

Fortin, Marie-Fabienne (1996). O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização. Loures, Lusociência.

Galera. SAF. (2002). Avaliação construtiva de uma intervenção de enfermagem junto a famílias que tem um portador de esquizofrenia entre seus membros [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Germano, Ana (2003). Código deontológico do enfermeiro: Anotações e comentários. Ordem dos enfermeiros de Portugal. 2ª Edição, Portugal.

Giacon, Bienca, C, C. ; Galera, S,A,F.. (2006). Primeiro Épisódio da Esquizofrenia e Assistência de Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados . 2ª Edição, Brasília, Atlas.

Gil, António Carlos (1999). Como elaborar projecto de pesquisa . 3ª ed, São Paulo, Atlas.

Hall, J.M. (1991). Rigor in Feminist Research. Advances in Nursing, Science. 1ª Edição. Pt.

Helkis. Helio (2000). A evolução do Conceito da Esquizofrenia, R evista Brasileira Psiquiátrica. Volume III ,p 7.

Henderson. V.A. (1966). The Nature of Nursing. Reflection after 25 years. New Yourk. 3ªed. EUA.

Henderson.V.A (2007) Nursing Care According to Virgina Henderson in the at Home care field . Revisão de Enfermagem. Vol.4.

Henriques, Amanda, Haissa; Barros, R,F; Morais, G,S,N. (2007). Cuidado ao Cuidar na Busca de um Cuidado Humanizado em Saúde. 2ª Ed. Pt

Hesbeen, Walter (2001). Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Edições Técnicas e Científicas, Portugal, Lusociência.

Hicks, Coralyn (2006). Método de investigação para terapêuticos clínicos: concepção de projectos de aplicação e análise. 3ª ed, Portugal, Lusociência.

Johnson, J.(1994). The Communications Training Needs of Registered Nurses. Journal of Continuing Education.Vol.4.

Kaplan H.I.; Sadock B.J.; Grebb JA, (1997).Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª ed. Porto Alegre.

Koga, M, Foregato, A,R. (2002). Convivência com a pessoa com Esquizofrenia: Sobrecarga Familiar. Ciencia Cuidado E saúde, Volume 1

Kraeplin (1967). Introdução a especial Issue :Historia da Psiquiatria, Artigo de Revisão. Vol 3, p.23-34.

Kuipers L, Bebbington P (1993). Family burden in schizophrenia: implications for services. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol; 28:207-10.

Lam D.H. (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia: are view of empirical studies. Psychol Med;21:423-41.

Medeiros, Julie Souza Soares; Mascarenhas, Maria de Fátima Pessoa Tenório. (2010)“Banho humanizado em recém-nascidos prematuros de baixo peso em uma enfermaria”. São Paulo vol.21.

Marconi, Maria de Andrade; Lakatos, Eva Maria (2007). Fundamentos de Metodologia, 6ª edição, São Paulo, editora: Atlas

Martires,M,A. (2003). Nursing Ser pessoa na Practica dos Cuidados de Enfermagem. PT 4ªed, p.13

Marcon, Silva. S. Elsen, M.R.S. (2002) I. Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos. IO. Viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá.

Mary C. Twnsend (2002). Enfermagem Psiquiatria, (Conceitos de Cuidados). 3ª edição, Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.

Grath,.MC L, D, H. (2001) Os longos atrasos na busca de tratamento param a esquizofrenia. 3ª Edição, Lusodidactica.

Ministério de Saúde (2009). Gestão participativa e co-gestão.1ª edição, Brasília Ministério de Saúde (2009). Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS. 2ª edição, Brasília.

Ministério da Saúde (2012). Hospital Dr. Baptista de Sousa. [On-line], <http://www.minsaude.gov.cv>, 06/04/2014;

Ministério da Saúde (2012). Hospital Dr. Baptista de Sousa. [On-line], <http://www.minsaude.gov.cv>, 06/04/2014.

Moretto,C.C; Terzis, A. (2007). A Humanização na Área de saúde Mental Pública: uma revisão teórica de trabalhos com equipes multiprofissionais. [On-line], <http://www.associaocriança.org.br>, 21/05/2014.

Neves, M^a do Céu Patrão; Pacheco, Susana (2005). Perspectiva histórica da constituição da profissão, In: Para uma Ética da Enfermagem. Edição Gráfica de Coimbra em Colaboração com o Centro de Estudos de Bioética/ Pólo dos Açores.

Oliveira, A; AlessI,N; (2003). O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades actuais”, Revista Latino-Americana de Enfermagem Volume 11 n^o , p.43

Oliveira, Beatriz Rosana; Collet, Neusa; Vieira Caludia Silveira. (2006). Humização da assistência a Saúde”, Artigo de Revisão.Vol1, n^o23 ,p,13.

Oliveira, Renata Marqués; Fascina,B,R; Cristina, Priscila; Antonio, S, J,C. (2012). A realidade de viver com Esquizofrenia. Revista Brasileira de Enfermagem, Volume 65, n^o3, p.5.

Conselho DE Enfermagem (2001). Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Disponivel em www.ordemdosenfermeiros.pt.,17 -06-2014.

Onias, Juvercina,. Maria, Tobias da Costa; Carvalho, Jair António de; Escobar, Karine Alves do A. (2013). Humanização e integralidade da atenção á saúde Reprodutiva da Mulher no Sistema Único de Saúde. – SUS. [On-line], <http://www.itepac.br>, 05/05/2014

Pães.M,R; Barbosa.L,O;et al (2009). Contenção Física em Hospitais Psiquiatricos e pratica em enfermagem. Revista de enfermagem, Rio de Janeiro. 479-84.

Pacheco. S. (2002/2004). Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética. Loures. Lusociência.

Peplau, (1952). Comunicação Terapêutica: A Interação Enfermeiro-Utente. In Sorensen Luckman (1989). “Enfermagem Fundamental. 1^a ed, Lisboa: Lusodidacta.

Patton, Michel Quinn (1990). Qualitative evaluation and research methods. 2^a ed. New bury Park: Sage publications, ISBN 0-8039-3779-2.

Phaneuf, M. (2001). Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado. 3^a ed, Coimbra.

PhaneuF, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e avaliação. Loures, Lusociência.

Pinto, Cristina Maria Correia Barroso (2003). O respeito no cuidado de enfermagem: perspectiva do doente termina. Porto. [On-line], <http://www.repositorio-aberto.up.pt>, 17/05/2014;

Ponte, Graciela; Pereira, Nuno (2009). Vivências e motivações do enfermeiro no cuidar do utente com doença mental. [On-line], <http://www.repositorio-cientifico.ualantica.pt>, 19/05/2014.

Ponte, Vera Maria Rodrigues. (2006). Analise das metodologias e técnicas adoptadas nos estudos brasileiros sobre Balanced Scorecard. [On-line], <http://www.unifor.br>, 22/06/2014.

Potter, Patrícia ; Perry, Anne. (2003). Fundamentos de Enfermagem Conceitos e Procedimentos. 5ª Edição. Lisboa, Lusociência.

Prodanov, Cleber,C. ; Freitas, Ernani, C (2013). Trabalho Científico:Métodos e Técnicas de Pesquisa e do Trabalho Académico. 2ª ed, Rio grande do Sul - Brazil.

Queiroz, Ana Albuquerque (2007). Investigar para Compreender. Portugal, Lusociência.

Quivy, Raymond; Campenhoudt, LucVan (1998). Manual de investigação em ciências sociais. 2ª ed, Lisboa, Gradiva.

Quivy, Raymond e Campenhoudt, Luc van (2003). Manual de investigação em ciências sociais. 2ª ed. Pt

Rafael,P,A,M,(1994). Divulgação. A Humanização nos Serviços de Saúde. (nº30 Abril).

Reinaldo, A,M,S. E rocha, M, R. (2002). Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: ideias para hoje e amanhã. Revista Electrónica de Enfermagem. Vol. 4 .

Renata, Marqués, Oliveira, Fascina,B, R., António, S,J,C., (2012). A realidade de viver com a Esquizofrenia. Revista Brasileira de Enfermagem. Volume 65, Nº 2, (309-316).

Rios, Izabel Cristina (2009). Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão; áurea editora. 1ª ed. Brasília.

Rocha, Márcia Jacinta Ribeiro; Rocha, Maria Sonaira (2008). A humanização de enfermagem no cuidado hospitalar.

Rodrigues, Andreia Cristina. (2011). Serviço Social e Humanização: Experiência da Residência em Saúde. Campinas.

Rodrigues,E. (2003) . O outro na Perspectiva do Cuida. Boletim de são Marcos. Vol.II.2ª ed. Braga.

Schwenkow, Fabiane Cristina Matias (2010). Um olhar sobre o Papel da Arte e da Cultura na :Humanização do Cuidar. Artigo arte despertar;Vol 3.nº4, p.22.

Silva, A. M e Marcon, S. S. (2002). O viver em familiar e sua interface com a saúde e a doença. Moringa: Vol 6.nº4, p.12.

Silva, Jorge Luiz Lima .(2007). Reflexões sobre a humanização e a relevância no processo de comunicação. [On-line], <http://www.uff.br>, 26/05/2014;

Silva, Jorge Luiz Lima da; et al (2007). Reflexões sobre a humanização e a relevância no processo de comunicação. [On-line], <http://www.uff.br>, 26/05/2014;

Silva, Regina, C, B. (2006) "Esquizofrenia uma Revisão". Unidade Federal de São Paulo. Disponível em : «<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v17n4/v17n4a14.pdf>.

Silveira, R.D. Hermelino. R,L (2009). Psicanálise e psiquiatria nos inícios do século XX: a apropriação do conceito de esquizofrenia no trabalho. Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental, Volume 12, nº 3, (582-596).

Sorensen e Luckmann (1998). Enfermagem fundamental. Abordagem Psicofisiologia. Lusididacta.

Stuart, G.W., Laraia MT, (2001). Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Sousa, Paulo, C, Z.(2006). Trabalhando com a Saúde:Trabalho e Transtornos Mentais Grave. Maringa. Rio de Jan/Abr. Disponível em :«<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a20.pdf>.

Stefanelli, M. C (1993). Comunicação com pacientes: Teoria e ensino.Volume 5,nº2, p.330-554.

Stefanelli, M.C (2005). Conceitos teorias sobre comunicação. 3ªed. Brazil.

Streubet, Helen J; Carpenter, Dona R (2002). Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o imperativo humanista.2ªed, Portugal, Lusociência.

Teixeira, J. (1996). Comunicação e Cuidados de Saúde. Desafio para a psicologia da saúde. Análise psicológica”.Vol 3, 3ª ed, Portugal.

Teixeira, M. B. Et al. (1997). Manual de enfermagem psiquiatria. 2ª ed São Paulo. PT

Tomey, Ann Morriner ; Alligood, Martha Roile (2002). Teoria de Enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem).5ª ed, Loures, Lusociência.

Travelbee, J. (1971). Interpessoal Aspects of Nursing.2ª edição. Philadelphia. Davis.PT

Travelbee, J. (1982). Intervenção em enfermaria psiquiátrica. Colômbia: carvajal.

Turato. E. (2005). Métodos Qualitativos e Quantitativos na área de saúde: Direcções Diferenças e seus Objectos de Pesquisa. Revista Saúde Pública, volume 9, nº 3,p 507-14. www.sfp.usp.br/rsp.

Vieira, Henriques de Santa Rita (1989). História da Medicina em Cabo Verde. Praia – Cabo Verde: Instituto Cabo-verdiano do Livro. Disco, estudos e ensaios.

Vieira. C, M. (2009). Ser enfermeiro da compaixão a proficiência. 5ª Edição. Lisboa, Universidade Católica.

Watson, J., (2002), Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Loures, Lusociência.

Watson. Jean.(1979). Nursing : The Philosophy And Science Of Caring.

Zanneti, ACG, Galera, SAF. (2007). O impacto da esquizofrenia para a família. Revista Gaúcha de Enfermagem .Vol.II. p,7. 23-35

Zanini, Márcia H (2000). Psicoterapia na esquizofrenia. Programa de Esquizofrenia Unifesp/EPM. Rev Bras Psiquiatr 2000

ANEXOS

Anexo I - Pedido de Autorização (Requerimento)
Pedido de Autorização

Pedido de Autorização

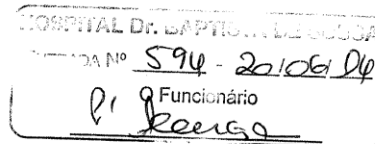
Exma. Senhora

Directora do Hospital Baptista de Sousa
C/CSR. Superintendente de Enfermagem

Autorizado
23/06/14
Superintendente
de Enf. para as
diversas coordenações
c/ o Serviço de Saúde
Mental - Inf. Alexand

Irlandina Giselle de Oliveira da Graça, Filha de Adriano João da Graça e de Assunção Guiomar de Oliveira da Graça, nascido 13 de Abril de 1989, natural de São Vicente, portador do BI 285287 e estudante do 4º ano do curso de licenciatura Enfermagem na Universidade do Mindelo pretende realizar uma investigação no âmbito do trabalho de conclusão do curso, cujo tema é Contributos de Enfermagem na Humanização de Cuidados ao Doente Esquizofrénico. Para tal é necessária investigação no terreno, utilizando-se da entrevista para recolher os dados junto aos enfermeiros de saúde mental. Assim sendo, veio muito respeitosamente solicitar a V.Excia, durante alguns meses, em períodos que podem variar, conforme a marcação com os participantes do estudo.

Pede deferimento,



Mindelo, 13 de Junho de 2014.

Irlandina Giselle de Oliveira da Graça

Nome e assinatura do Estudante

Aprovado pela Comissão de Ética.
11 de Junho de 2014

A Comissão de Ética
para
[assinatura]

Anexo II – Solicitação de consentimento



UNIVERSIDADE DO MINDELO

Sapientia Ars Vivendi

11 ANOS PROMOVENDO A QUALIDADE



**Exma. Senhora Directora
Hospital Baptista De Sousa
Dra. Sandra Vasconcelos**

Mindelo, 21 de Março de 2014

Assunto: Recolha de Dados para Monografia do Final de Curso

A Coordenação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por este meio comunicar que no âmbito do Ensino Clínico Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica, integrado no 2º Semestre do 4º Ano do curso, os discentes finalistas estão desenvolvendo os trabalhos de conclusão de curso (monografias).

Nesse sentido a Coordenação do Curso vem por este meio mui respeitosamente requerer a Vossa Exma. a autorização para realizarem a colheita de dados necessários a realização da investigação referente a monografia.

Em anexo o plano de distribuição dos referidos discentes nos campos clínicos bem como a lista dos diferentes temas de monografias e o respectivo orientador.

Em caso de alguma dúvida adicional não hesite em contactar-me,

Grata pela atenção disponibilizada em prol da educação e formação da nova geração de enfermeiros e profissionais da saúde de Cabo Verde.

A Coordenadora do curso Licenciatura Em enfermagem

Enf.ª Acelia Mireya Caceres



Universidade do Mindelo

Departamento Escola de Saúde

Tel.: 2316810 / 2318515 - E-mail: mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv

Rua Patrice Lumumba, CP 648 – Mindelo – São Vicente – CABO VERDE
<http://www.uni-mindelo.edu.cv> – e-mail geral@uni-mindelo.edu.cv – Telefone: +238.2326810 – Fax: +238.2325132

Anexo III- termo de consentimento livre esclarecido

Prezado (a) participante:

Irlandina Giselle de Oliveira da Graça, estudante do curso de licenciatura em Enfermagem na universidade do Mindelo. Estou a realizar um trabalho de conclusão de curso, cujo tema é Contributos de Enfermagem na Humanização de cuidados ao doente Esquizofrénico, para tal é necessária investigação no serviço de Saúde Mental, onde irei utilizar a técnica de recolha de dados (entrevista) com profissionais de enfermagem cujo objectivo é trabalhar essas informações recolhidas. Sua participação envolve o nosso acompanhamento numa entrevista, durante um período que pode variar de 30 á 60 minuto, onde serão colocadas algumas questões dirigidos a enfermeiros sobre Humanização de cuidados. A participação nessa entrevista é voluntária e se decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de o fazer. Quaisquer dúvidas poderão ser esclarecidas pelo estudante. Telefone 9818961-2316618

Atenciosamente

Nome e assinatura do estudante

Local e Data

Nome e assinatura do (a) professor(a) supervisor (a) orientador (a) Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do (a) participante

Hora e Data

Anexo IV- Guião de Entrevista

Objectivos da entrevista (3)

- Descrever a importância da humanização dos cuidados e a função do enfermeiro para com o doente Esquizofrénico;
- Identificar as práticas que os enfermeiros utilizam na humanização de cuidados e as dificuldades encontradas para promover esse cuidado;
- Conhecer as formas de tratamentos mais utilizados neste serviço.

A entrevista não é obrigatória, é anónimo e confidencial.

Identificação:

Sexo: Feminino () Masculino ()

Idade: Estado Civil:

Onde se formou? Cuba

Habilitações Académicas:

Categoria Profissional:

Tempo de serviço na profissão de enfermagem no HBS?

Tempo de serviço no serviço da psiquiatria?

Questões:

- 1) O que entende por Humanização dos cuidados na Enfermagem?
- 2) Para si qual é a importância de humanização de cuidados?
- 3) Existe algum tipo de Cuidado Especifico para com o doente Esquizofrénico?
Sim () Não () Justifique ?
- 4) Quais as funções do enfermeiro psiquiátrico?
- 5) Acha que os cuidados de Enfermagem podem ser benéficos ao doente neste serviço? Quais?
Físico () Psíquico () Outros () Especifique:
- 6) Quais são as formas de tratamento utilizado para com os doentes na psiquiatria?
- 7) Quais as dificuldades sentidas pelo enfermeiro para satisfazer as necessidades dos cuidados do doente?

Anexo v - Cronograma

Nº	Actividades	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
1	Defesa Do projecto de TCC							
2	Análise de Referências Bibliográficas							
3	Elaboração de consentimentos para enfermeiros							
4	Elaboração do guião de Entrevista							
5	Declaração do Hospital							
6	Realização das Entrevistas							
7	Revisão da Literatura							
8	Introdução da Monografia							
9	Orientações com a Orientadora							
10	Orientações de tutoria e seminários							
11	Tratamentos dos dados das Entrevistas							
12	Agradecimentos e dedicatórias							
13	Considerações finais							
14	Correcção e Revisão do TCC							
15	Entrega do Trabalho final							
16	Elaboração do PowerPoint							
17	Defesa do TCC							